UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLAUDIA ALINE VALENTE SANTOS

Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos:
um Estudo Comparativo

RIBEIRÃO PRETO

2018

CLAUDIA ALINE VALENTE SANTOS

**Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos:
um Estudo Comparativo**

Tese Apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora em
Ciências, Programa de Pós Graduação em
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: O Cuidar de Adultos e
Idosos.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Kusumota.

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Claudia Aline Valente

Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos: um Estudo Comparativo. Ribeirão Preto, 2018.

241 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Kusumota

1. Idoso. 2. Felicidade. 3. Bem-estar subjetivo. 4. Tempo. 5. Atividades humanas. 6. Diálise renal.

SANTOS, Claudia Aline Valente

Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos: um Estudo Comparativo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Aprovada em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Meu sincero obrigada,

À Profa. Luciana Kusumota por aceitar o desafio, suportar distâncias, construir caminhos...

À Profa. Anne Marie Fontaine por convidar, acolher, abrir horizontes e possibilidades.

À Profa. Maria Raquel Barbosa pelo aceite e considerações importantes.

Ao meu grupo de Pesquisa, que me ensinou muito mais que teorias e métodos, me ensinaram a conviver, ajudar, partilhar, receber, sorrir, pausar, repensar, aceitar e crescer. Jorge Gato, Joyce Aguiar, Daniela Freitas, Marisa Matias, Suzana Coimbra e Filipa César, há um pouco de cada um de vocês aqui.

Às auxiliares de pesquisa, que me permitiram aprender a ser orientadora e a vê-las crescer como pessoas, Bruna Bulhões, Mariana Lima, Veronique Yamasaki e Luana Oiko.

A todos os idosos que se dispuseram a nos receber e compartilhar muito de suas histórias.

Ao Serviço de Nefrologia de São Carlos e à Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Carlos.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade e São Paulo e da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Porto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela oportunidade de realizar o estágio em pesquisa no Exterior.

Aos amigos que ajudaram a tecer o cotidiano num entremear luso brasileiro de leveza e amor, Pedro Veronezi, Joaquim Lima, Nathália Sigilló, Pedro Melo, Daniel Dahdah, Telmo Fernandes, Neto Tavares, Carlos Barros, Maria Fernanda Lopes, Carmo Gouveia, Karol Vyvyan, Rui Soares, Guilherme Paschoalick, Sofia Talambas, Rafael Ferreira, Glaucia Gonçalves, Sacha Pinheiro, Alan Soares, Amana Mattos, Clarissa Castrighini, Juliana Imajó, Rafaela Arrigoni, Bruno Lima, Lyudi Sanai, Ana Laura Alves, Letícia Masson, Aline Avelar, Letícia Calixtre, Natália Roma, Francine Victal, Daniel M. Cruz, Gerusa Loureiro, Taís Quevedo, Sabrina Ferigato, e à “Linha 3”: Marina Leandrini, Rafael Ferreira, Otávio Folha, Débora Campos, Sofia Martins, Rodrigo Alves...

E por último, mas não menos fundamental, à minha família por ter me ajudado a ser a pessoa que sou, pois tenho a certeza de que o não desistir e continuar a perseguir um sonho eu atribuo e agradeço especialmente à minha mãe, Ana Maria, minha base, sem a qual eu nada seria. E a vocês, meu pai Adenon, meus irmãos, Carlos Fernando e Gabriela, minha madrinha Clarice, às minhas tias, tios, prim@s meu carinho.

...

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver
Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.

...

É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar
Um oásis no recôndito da sua alma...

...

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.

É saber falar de si mesmo.

É ter coragem para ouvir um “Não”!

É ter segurança para receber uma crítica,

Mesmo que injusta...

Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo...

Fernando Pessoa

RESUMO

SANTOS, C. A. V. **Felicidade e Atividades Prazerosas em Idosos**: um estudo comparativo. 2018. 241 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introdução: O Bem-Estar Subjetivo (BES) é um constructo por meio do qual a ciência avalia a Felicidade das pessoas. Melhores estados de BES são associados à melhor saúde e longevidade. Contudo, não há um consenso sobre as relações entre a Hemodiálise (HD) e BES de idosos que fazem o tratamento. **Objetivo:** O principal objetivo foi analisar as associações do BES com: as características sociodemográficas e clínicas; o número de doenças e autoavaliação do estado de saúde; a realização de atividades e a agradabilidade percebida sobre as mesmas; e o uso do tempo entre os idosos em HD e aqueles que residem na comunidade e não realizam o tratamento. **Materiais e método:** Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e comparativo com delineamento transversal, realizado em três etapas: a) aferição psicométrica dos instrumentos; b) estudo comparativo entre grupos (HD e Comunidade) quanto às variáveis de interesse; e c) estudo da associação entre a Felicidade, medida por meio da satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, com variáveis sociodemográficas, clínicas, atividades prazerosas e uso do tempo. A amostra populacional consistiu em idosos em HD no Serviço de Nefrologia de São Carlos-SP e pareada por gênero e idade de idosos da comunidade cadastrados no Programa HIPERDIA e voluntários do mesmo município. Para as entrevistas, foram utilizados os instrumentos: a) Questionário Sociodemográfico e Clínico; b) Mini Exame do Estado Mental; c) Escala de Depressão em Geriatria - versão reduzida; d) Escala de Satisfação com a Vida; e) Escala de Afetos Positivos e Negativos; e) *Older Person's Pleasant Events Schedule* – BR; e f) Relógio de Atividades. Dados clínicos foram coletados dos prontuários médicos. Foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias dos instrumentos. Para comparação entre grupos, foram usados testes *t* de Student e Análises de Variância – ANOVAS e, para associação entre as variáveis, foi calculado Coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Ofício nº 074/2016. **Resultados:** Os instrumentos apresentaram propriedades psicométricas adequadas para uso. Participaram 42 idosos no grupo HD e 84 no grupo comunidade, a maioria homens (64,3%) com idade entre 60 e 81 anos. Os idosos do grupo HD eram menos escolarizados ($p = 0,016$) e os da comunidade apresentavam mais doenças ($p = 0,024$). A realização de HD não teve efeito sobre a satisfação com a vida [$F(1,122) = 0,392, p = ,533, \eta^2_p = ,003 \pi = ,095$], os afetos positivos [$F(1,122) = 1,941, p = ,166, \eta^2_p = ,016 \pi = ,282$] e afetos negativos [$F(1,122) = 0,470, p = ,494, \eta^2_p = ,004 \pi = ,104$], bem como nos sintomas depressivos [$F(1,122) = 0,546, p = ,461, \eta^2_p = ,004 \pi = ,114$]. A realização de HD reduz o tempo do idoso com a família, nas atividades de lazer e na realização diária das Atividades de Vida, independente do nível escolar e do número de doenças. Observou-se que o BES está associado positivamente à melhor autoavaliação do estado de saúde, à realização de atividades prazerosas de socialização, às atividades relaxantes e às de competência (satisfação com a vida, afetos positivos e negativos com $p < 0,001$ em todas as associações). Tais atividades quando percebidas como agradáveis contribuem com o BES. Mais horas destinadas às atividades de socialização, em dias da semana, associaram-se positivamente ao BES (satisfação com a vida, afetos positivos e negativos $p < 0,001$). Em contrapartida, os sintomas depressivos (satisfação com a vida, afetos positivos e negativos $p < 0,001$) e o tempo sozinho aos domingos (satisfação com a vida $p < 0,05$ e afetos positivos $p < 0,001$) apresentaram associação negativa em relação ao BES. **Conclusão:** A Felicidade dos idosos não esteve associada à realização de HD, ou seja, os idosos em tratamento não são menos felizes

comparados aos que não fazem o tratamento. O BES dos idosos esteve associado positivamente com a melhor autoavaliação do estado de saúde, atividades de socialização, relaxantes e de competência, enquanto os sintomas depressivos e o tempo sozinho associaram-se negativamente ao constructo. O grupo de idosos em HD foi mais sensível à realização de atividades com melhora no BES.

Palavras-chave: Idoso. Felicidade. Bem-estar subjetivo. Tempo. Atividades humanas. Diálise renal.

ABSTRACT

SANTOS, C. A. V. **Happiness and pleasurable activities in the elderly: a comparative study.** 2018. 241 f. Thesis (Doctorate) – College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introduction: Subjective Well-Being (SWB) is a construct through which science evaluates people's happiness. Better states of SWB are associated with better health and longevity. However, there is no consensus on the relationship between haemodialysis (HD) and SWB in the elderly who undergo the treatment. **Objective:** The main objective was to analyse the associations of SWB with: sociodemographic and clinical characteristics; number of diseases and self-rated health; activities performances and their perceived appreciation; and the use of time among the elderly in HD and those who community-dwelling and do not perform the treatment. **Materials and method:** This is an observational study, quantitative and comparative using a cross-sectional design, performed in three steps: first, psychometric assessment of instruments; second, comparative study between groups (HD and Community) regarding the variables of interest; and the study of the association between happiness, evaluated by satisfaction with life, positive and negative affect, with sociodemographic and clinical variables, pleasurable activities and time use. The population sample consisted of elderly people in HD treatment at the Nefrological Service of São Carlos-SP and matched by gender and age of the community's elderly enrolled in the public health program for systemic arterial hypertension and diabetes *mellitus*, and volunteers from the same city. The following instruments were used in the interviews: a) Sociodemographic and Clinical Questionnaire; b) Mini Mental State Examination; c) Geriatric Depression Scale - brief version; d) Scale of Satisfaction with Life; e) Positive and Negative Affect Scale; e) Older Person's Pleasant Events Schedule - BR; and f) Activity Clock. Clinical data were collected from the medical records. Confirmatory Factorial Analysis of the instruments were performed. For comparison between groups, Student t-tests and Analysis of Variance - ANOVAS were used and, for association between variables, Pearson's correlation coefficient was calculated. The level of significance was 5%. The project was approved by the Research Ethics Committee according to Official Letter 074/2016. **Results:** The instruments presented adequate psychometric properties for use. Participated in the study 42 elderly in the HD group and 84 in the Community group, predominantly men (64.3%) aged between 60 and 81 years. The elderly in the HD group were less educated ($p = 0.016$) and those in the Community had more diseases ($p = 0.024$). The HD treatment had no effect on life satisfaction [$F(1,122) = 0.392, p = .533, \eta^2_p = .003, \pi = .095$], positive affect [$F(1,122) = 1.941, p = .166, \eta^2_p = .016, \pi = .282$] and negative affect [$F(1,122) = 0.470, p = .494, \eta^2_p = .004, \pi = .104$], as well as on depressive symptoms [$F(1,122) = 0.546, p = .461, \eta^2_p = .004, \pi = .114$]. HD sessions reduce the time of the elderly with the family, in leisure activities and in the daily life activities, regardless of educational level and number of diseases. It was observed that SWB is positively associated with a better self-rated health, pleasurable activities of socialization, relaxing and those of being effective (satisfaction with life, positive and negative affect with $p < 0.001$ in all associations). Such activities when perceived as pleasant contribute to SWB. More hours for socialization activities, on weekdays, were positively associated with SWB (satisfaction with life, positive and negative affect $p < 0.001$). On the other hand, depressive symptoms (life satisfaction, positive and negative affect $p < 0.001$) and time alone on Sundays (life satisfaction $p < 0.05$ and positive affect $p < 0.001$) had a negative association with SWB. **Conclusion:** Happiness of the elderly was not associated with HD, in other words, the elderly in treatment are not less happy compared to those who do not. The elderly SWB was positively associated with the better self-rated health, socialization, relaxing and being

effective activities, while depressive symptoms and time alone were negatively associated with the construct. The elderly in HD were more sensitive to the performance of activities with improvement in BES.

Keywords: Aged. Happiness. Subjective Well-Being. Time. Human Activities. Renal Dialysis.

RESUMEN

SANTOS, C. A. V. **Felicidad y actividades placenteras en ancianos**: un estudio comparativo. 2018. 241 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introducción: El Bienestar Subjetivo (BES) es un constructo por el que la ciencia evalúa la felicidad de las personas. Los mejores estados de BES se asocian a la mejor salud y longevidad. Sin embargo, no hay consenso sobre las relaciones entre la Hemodiálisis (HD) y el BES de los ancianos que hacen el tratamiento. **Objetivo:** El principal objetivo fue analizar las asociaciones del BES con: las características sociodemográficas y clínicas; el número de enfermedades y la autoevaluación del estado de salud; la realización de actividades y la agradabilidad percibida acerca de las mismas; y el uso del tiempo entre los ancianos en HD y aquellos que residen en la comunidad y no realizan el tratamiento. **Materiales y método:** Se trata de un estudio observacional, cuantitativo y comparativo con delineamiento transversal, realizado en tres etapas: a) la medición psicométrica de los instrumentos; b) estudio comparativo entre grupos (HD y Comunidad) sobre las variables de interés; y c) estudio de la asociación entre la felicidad, medida por medio de la satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos, con variables sociodemográficas, clínicas, actividades placenteras y uso del tiempo. La muestra poblacional consistió en ancianos que hacían HD en el Servicio de Nefrología de São Carlos-SP pareados por género y edad de ancianos de la comunidad registrados en el Programa HIPERDIA y voluntarios de la misma ciudad. Para las entrevistas, se utilizaron las herramientas: a) Cuestionario Sociodemográfico y Clínico; b) Mini Examen del Estado Mental; c) Escala de Depresión en Geriatria - versión reducida; d) Escala de Satisfacción con la Vida; e) Escala de Afectos Positivos y Negativos; f) *Older Person's Pleasant Events Schedule* - BR; y g) Reloj de Actividades. Los datos clínicos se recopilaron de los historiales médicos y se realizaron análisis factoriales confirmatorios. Para comparación entre grupos, se utilizaron pruebas *t* de Student y Análisis de Varianza - ANOVAS y, para asociación entre las variables, fue calculado Coeficiente de Correlación de Pearson. El nivel de significación adoptado fue del 5%. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de acuerdo con el Oficio nº 074/2016. **Resultados:** Los instrumentos presentaron propiedades psicométricas adecuadas para su uso. Participaron 42 ancianos en el grupo HD y 84 en el grupo comunidad, la mayoría hombres (64,3%) con edad entre 60 y 81 años. Los ancianos del grupo HD eran menos escolarizados ($p = 0,016$) y los de la comunidad presentaban más enfermedades ($p = 0,024$). La realización de HD no tuvo efecto sobre la satisfacción con la vida [$F(1,122) = 0,392$, $p = ,533$, $\eta^2_p = ,003$, $\pi = ,095$], los afectos positivos [$F(1,122) = 1,941$, $p = ,166$, $\eta^2_p = ,016$, $\pi = ,282$], los afectos negativos [$F(1,122) = 0,470$, $p = ,494$, $\eta^2_p = ,004$, $\pi = ,104$] así como con síntomas depresivos [$F(1,122) = 0,546$, $p = ,461$, $\eta^2_p = ,004$, $\pi = ,114$]. La realización de HD reduce el tiempo del anciano con la familia, en las actividades de ocio y en la realización diaria de las Actividades de Vida, independientemente del nivel escolar y del número de enfermedades. Se observó que el BES está asociado positivamente a la mejor autoevaluación del estado de salud, a la realización de actividades placenteras de socialización, a las actividades relajantes y a las de competencia (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos con $p < 0,001$ en todas las asociaciones). Estas actividades cuando percibidas como agradables contribuyen con el BES. Más horas destinadas a las actividades de socialización, en días de la semana, se asociaron positivamente con el BES (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos $p < 0,001$). En cambio, los síntomas depresivos (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos $p < 0,001$) y el tiempo solo los domingos (satisfacción con la vida $p < 0,05$ y afectos positivos $p < 0,001$) presentaron asociación negativa en relación al BES. **Conclusión:** La felicidad de

los ancianos no estuvo asociada a la realización de HD, o sea, los ancianos en tratamiento no son menos felices comparados a los que no hacen el tratamiento. El BES de los ancianos estuvo asociado positivamente con la mejor autoevaluación del estado de salud, actividades de socialización, relajantes y de competencia, mientras que los síntomas depresivos y el tiempo solo se asociaron negativamente al constructo. El grupo de ancianos en HD fue más sensible a la realización de actividades con mejora en el BES.

Palabras-clave: Anciano. Felicidad. Bienestar Subjetivo. Tempo. Actividades Humanas. Diálisis Renal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma dos participantes por grupos.....	58
Figura 2	Médias Marginais estimadas de Autoavaliação do estado de Saúde para os Grupos por nível educacional.....	84
Figura 3	Médias Marginais estimadas de Autoavaliação do estado de Saúde para os Grupos por Número de Doenças.....	85
Figura 4	Médias Marginais estimadas de horas em Atividades de Vida Diária por Grupos e Dias da semana.....	109
Figura 5	Médias Marginais estimadas de horas em Atividades Sozinho por Grupos e Dias da semana.....	110
Figura 6	Médias Marginais estimadas de horas de Sono por Dias da semana e Número de Doenças.....	111
Figura 7	Médias Marginais estimadas de horas de Lazer por Dias da semana e Número de Doenças.....	112
Figura 8	Relógio de Atividades referente aos Dias da Semana sem Tratamento - Amostra Geral.....	114
Figura 9	Relógio de Atividades referente ao Dia da Semana com Hemodiálise - Grupo Hemodiálise.....	115
Figura 10	Relógio de Atividades referente ao Domingo - Amostra Geral.....	115
Figura 11	Médias de Horas em Atividades no Uso do Tempo para os Grupos nos dias da semana com Hemodiálise para o Grupo Hemodiálise e dias da semana sem hemodiálise Grupo Comunidade.....	116
Figura 12	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Vida Diária por nível escolar - Grupo Hemodiálise.....	123
Figura 13	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Vida Diária por número de doenças - Grupo Hemodiálise.....	124
Figura 14	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Lazer por nível de escolaridade - Grupo Hemodiálise.....	125
Figura 15	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Lazer por nível de comorbidade - Grupo Hemodiálise.....	126
Figura 16	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Socialização por nível educacional - Grupo Hemodiálise.....	127
Figura 17	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Socialização por nível de comorbidade - Grupo Hemodiálise.....	128
Figura 18	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades com a Família por nível escolaridade - Grupo Hemodiálise.....	129
Figura 19	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades com a Família por nível de comorbidade - Grupo Hemodiálise.....	130
Figura 20	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades Sozinho por nível escolar - Grupo Hemodiálise.....	131
Figura 21	Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades Sozinho por nível de comorbidade - Grupo Hemodiálise.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise Fatorial Confirmatória COPPES-BR (subescala frequência) versão Ferreira, 2015. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	73
Tabela 2	Índices de Ajustamento e de Confiabilidade para COPPES-BR (subescala frequência) versão Ferreira, 2015. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	74
Tabela 3	Análise Fatorial Confirmatória COPPES-BR (subescala agradabilidade) versão Rider, Gallagher-Thompson e Thompson, 2004. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016	76
Tabela 4	Índices de Ajustamento e de Confiabilidade para COPPES-BR (subescala agradabilidade) versão Rider, Gallagher-Thompson e Thompson, 2004. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016	77
Tabela 5	Estatística Descritiva e Comparação entre Grupos quanto às Características Sociodemográficas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	78
Tabela 6	Estatística Descritiva e Comparação entre Grupos quanto a Doenças/ Problemas de Saúde. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	80
Tabela 7	Estatística Descritiva da Autoavaliação do estado de saúde de acordo com nível educacional e número de doenças (Média e Desvio-Padrão), por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	83
Tabela 8	Estatística Descritiva referente aos Sintomas Depressivos por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	86
Tabela 9	Estatística Descritiva da Satisfação com a Vida, Afetos Positivos e Afetos Negativos por Grupo, de acordo com nível educacional e numero de doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.	87
Tabela 10	Correlações entre Fatores e Subescalas das Atividades Prazerosas COPPES-BR para cada Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	89
Tabela 11	Testes multivariados para verificar o efeito do Grupo e do Nível escolar sobre os fatores das Atividades Prazerosas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	90
Tabela 12	Estatística Descritiva e comparações entre Grupos para os fatores das Atividades Prazerosas por subescalas Frequência, Agradabilidade e Prazer Obtido por nível escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	91
Tabela 13	Testes multivariados para verificar o efeito do Grupo e do Número de Doenças sobre os fatores das Atividades Prazerosas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.	93
Tabela 14	Estatística Descritiva e comparações entre Grupos para os fatores das Atividades Prazerosas por subescala Frequência, Agradabilidade e Prazer Obtido por número de doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	94
Tabela 15	Correlações entre atividades de Uso do Tempo em Dias da semana sem Hemodiálise e Domingos para cada Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	98
Tabela 16	Estatística Descritiva do Uso do Tempo por Grupo, Dias da semana e Nível escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	99
Tabela 17	Estatística Descritiva do Uso do Tempo por Grupo, Dias da semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	101

Tabela 18	ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo por Dias da Semana e Nível Escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	103
Tabela 19	ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.	106
Tabela 20	Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo por Grupo para variáveis com distribuição não normal. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	113
Tabela 21	ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Nível Escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	118
Tabela 22	ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	119
Tabela 23	Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Nível de escolaridade. São Carlos – São Paulo, Brasil, 2016	120
Tabela 24	Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	121
Tabela 25	Correlações entre os indicadores de Felicidade e variáveis Sociodemográficas, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	134
Tabela 26	Correlações entre indicadores de Felicidade, número de doenças, autoavaliação do estado de saúde e sintomas depressivos, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	137
Tabela 27	Correlações entre indicadores de Felicidade e fatores de Atividades Prazerosas (subescalas Agradabilidade e Frequência), na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	140
Tabela 28	Correlações entre indicadores de Felicidade e horas médias destinadas às atividades do Uso do Tempo em Dias sem tratamento e Domingo, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	144
Tabela 29	Correlações entre horas médias destinadas às atividades do Uso do Tempo e indicadores de Felicidade em Dias de Tratamento. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	146
Tabela 30	Porcentagem da variação dos Indicadores de Felicidade explicada por variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas depressivos, atividades prazerosas e uso do tempo, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016.....	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVAS	Análises de Variância
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BES	Bem-Estar Subjetivo
CEP-EERP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
COPPES-BR	<i>California Older Person's Pleasant Events Schedule</i> – BR
DRC	Doença Renal Crônica
EAPN	Escala de Afetos Positivos e Negativos
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GFI	<i>Goodness-of-fit-index</i>
HD	Hemodiálise
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MANOVAS	Análises de Variância Multivariadas
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Felicidade – Enquadramento Teórico	22
1.1.1 Fatores associados à Felicidade – O Envelhecimento e a necessidade do tratamento por Hemodiálise	27
1.1.2 Fatores associados à Felicidade – A realização de Atividades e o Uso do Tempo de Idosos.....	33
1.2 Justificativa	50
2 OBJETIVOS.....	53
2.1 Objetivo Geral.....	53
2.2 Objetivos Específicos	53
3 MATERIAIS E MÉTODO.....	55
3.1 Tipo de Estudo	55
3.2 Locais.....	55
3.3 Aspectos Éticos.....	56
3.4 Participantes e Procedimentos de Coleta de Dados	56
3.4.1 Capacitação das Auxiliares de Pesquisa.....	59
3.5 Instrumentos.....	60
3.5.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica e Autoavaliação do Estado de Saúde .	60
3.5.2 Avaliação Cognitiva.....	61
3.5.3 Sintomas Depressivos	62
3.5.4 Felicidade	62
3.5.5 Atividades Prazerosas	63
3.5.6 Uso do Tempo	63
3.6 Estudo Piloto.....	64
3.7 Análise dos Dados	65
4 RESULTADOS	69
4.1 Avaliação Qualidades Psicométricas dos Instrumentos.....	69
4.1.1 Escala de Depressão em Geriatria – Abreviada (GDS-15)	69
4.1.2 Escala de Satisfação com a Vida – ESV	70
4.1.3 Escala de Afetos Positivos e Negativos	70
4.1.4 <i>California Older Person’s Pleasant Events Schedule</i> – BR - COPPES-BR.....	71

4.2 Características Sociodemográficas, Econômicas e Clínicas dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	78
4.3 Autoavaliação do Estado de Saúde dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	82
4.4 Sintomas Depressivos e Felicidade dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	86
4.5 Atividades Prazerosas dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	88
4.6 Uso do Tempo dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	96
4.6.1 Comparação do Uso do Tempo entre Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade	96
4.6.1.1 Comparação do Uso do Tempo entre dias de tratamento para Grupo Hemodiálise e dias sem tratamento para Grupo Comunidade	116
4.6.2 Uso do Tempo de Idosos em Tratamento por Hemodiálise	117
4.7 Associação entre variáveis Sociodemográficas, Clínicas, Atividades Prazerosas e Uso do Tempo e os indicadores da Felicidade	133
4.7.1 Associação entre a Felicidade e as variáveis sociodemográficas.....	133
4.7.2 Associação entre indicadores de Felicidade e as variáveis clínicas e sintomas depressivos	136
4.7.3 Associação entre indicadores de Felicidade e as Atividades Prazerosas	139
4.7.4 Associação entre indicadores de Felicidade e o Uso do Tempo	143
4.7.5 Variáveis associadas aos indicadores de Felicidade	147
5 DISCUSSÃO	151
5.1 Características Sociodemográficas e de Saúde	151
5.2 Comparação entre grupos quanto à Felicidade	156
5.3 Atividades Prazerosas – comparação entre grupos	159
5.4 Uso do Tempo – Comparação entre Grupos.....	161
5.5 Variáveis Associadas à Felicidade.....	172
5.5.1 Associação entre Felicidade, Hemodiálise, o estado de saúde e sintomas depressivos	172
5.5.2 Associação entre Felicidade e Variáveis Sociodemográficas	176
5.5.3 Associação entre Felicidade e realização de Atividades	179
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	188
REFERÊNCIAS	193
APÊNDICES	214
ANEXOS	232

APRESENTAÇÃO

Há dez anos me tornava terapeuta ocupacional e a clínica sempre foi algo que me despertou interesse, pois nela conseguia visualizar o potencial transformador do processo terapêutico, que envolve, em sua essência, a disponibilidade de duas pessoas ao encontro para a realização de atividades. Pessoas essas que são a terapeuta, o paciente / cliente / usuário, ou as famílias, as equipes, a comunidade. Sujeitos individuais ou coletivos, pessoas disponíveis para encontrar atividades para um fazer conjunto.

Em meus primeiros trabalhos, comecei a atender pessoas idosas em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Muitas destas pessoas estavam ali não por escolha própria, mas por caminhos que a vida tinha tomado nos quais, a doença, a demência, a tristeza, a exclusão social passaram a escolher por elas. Longe de suas vidas, pareciam estar longe de si mesmas. Mas a cada encontro para fazer atividades, eu percebia um sorriso, um brilho no olhar, uma memória que retornava e possibilitava o encontro. Memória afetiva, bonita, não daqueles compromissos das agendas, porém memórias de encontros bonitos: “a menina do nariz bonitinho com a pinta”, “do brinco branco”, “do jaleco bordado”, “a terapeuta ocupacional chegou!”.

Nesses encontros, percebia meu trabalho com atividades transformando corpos, tristeza e esquecimento, em pessoas, e foi assim que me encontrei com a Gerontologia. Além das ILPIs, vieram o Centro de Reabilitação, a enfermaria e a Unidade de Terapia Intensiva. Em todos os contextos, a terapeuta ocupacional com as atividades possibilitava que a saúde ganhasse espaço e as pessoas pudessem ter espaço de existência em ambientes preenchidos por doença.

Foi assim que no estudo de mestrado busquei estudar os papéis ocupacionais de idosos e entender a influência da depressão na vida das pessoas idosas. Era uma forma de sistematizar o conhecimento e encontrar mais recursos para sustentar a prática clínica. Durante o processo de formação no mestrado, ao escolher disciplinas me deparei com uma ofertada pelo curso de Psicologia que me fez brilhar os olhos: Felicidade! E lá fui eu. Os amigos e a família riram: “você já é terapeuta ocupacional, já pinta com pacientes no hospital, agora vai estudar felicidade, falta mais nada”. Eu discordo: faltava! Enfim, descobri que estudei muito mais de políticas públicas e economia do que podia ter pensado. O desejo de poder estudar a Felicidade por mais tempo ali nascia.

Passado o tempo, me tornei docente de terapia ocupacional na área de Gerontologia e a assistência clínica pareceu ficar pouco distante, mas o questionamento sobre as atividades e o trabalho com a saúde mental não ficaram.

E foi dessa forma, com o gosto por entender a Felicidade e a realização de atividades que encontrei minha orientadora, Luciana, que aceitou o desafio de tecer em conjunto um trabalho que envolve um estudo multidisciplinar: a Felicidade sustentada nas teorias da Psicologia; o tratamento de idosos por hemodiálise, inserido no campo da Saúde e da Gerontologia; e a realização de Atividades dentro do cotidiano que, de tão amplo o conhecimento humano, é estudado nas Ciências Sociais, na Economia, na Gerontologia, na Psicologia e claro, na Terapia Ocupacional.

Na construção desse caminho, houve a imersão e a acolhida afetiva e produtiva pela orientadora no exterior, Anne Marie, e por seu grupo de pesquisa na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, os quais são essenciais para a elaboração deste trabalho.

Essa é a história que justifica a escolha e a motivação por realizar esta tese doutoral: se antes compreendi o que nos torna tristes na velhice (depressão), no atual estudo o desafio foi investigar o que pode nos tornar idosos mais felizes.

Desse modo, o atual trabalho apresenta a fundamentação teórica, o método e os resultados de uma pesquisa que pretende contribuir, mesmo que de modo pequeno, para que pessoas interessadas em uma velhice mais feliz encontrem algumas respostas e descubram muitas perguntas sobre a temática.

1 INTRODUÇÃO

Epicuro, filósofo hedonista que viveu entre 341 e 270 a.C., inicia sua carta sobre a Felicidade, destinada a seu discípulo Meneceu, com esta recomendação:

para quem está envelhecendo sentir-se rejuvenescer através da grata recordação das coisas que já se foram, e para o jovem poder envelhecer sem sentir medo das coisas que estão por vir; é necessário, portanto, cuidar das coisas que trazem a felicidade, já que, estando esta presente, tudo temos, e, sem ela, tudo fazemos para alcançá-la (EPICURO, 2002).

Desde os filósofos hedonistas até a atualidade, o conceito de Felicidade tem sido objeto de estudo de pesquisadores em diferentes áreas, como as Ciências Sociais, a Psicologia e a Gerontologia, como será apresentado ao longo desta introdução. Ademais, além da definição, os pesquisadores dedicam-se a estudar quais as variáveis podem ou não estar associadas a uma vida feliz.

Entre as variáveis estudadas quanto à sua associação com a Felicidade, estão a idade, o estado de saúde, a realização de atividades e o modo como as pessoas organizam tais atividades no seu tempo.

Assim, neste trabalho, as considerações anteriormente mencionadas serão apresentadas de forma a justificar a importância do estudo da temática na população idosa no Brasil, especialmente, entre aqueles que realizam tratamento por hemodiálise. O presente trabalho visa ainda a verificar a associação entre as variáveis da Felicidade (afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida) com o estado de saúde, os sintomas depressivos, a realização de atividades prazerosas e o uso do tempo.

1.1 Felicidade – Enquadramento Teórico

A Felicidade pode ser considerada como uma expressão da subjetividade por meio da qual o bem-estar de cada pessoa é avaliado por si mesmo considerando a satisfação com a vida e emoções sentidas. Não se trata de algo fugaz, porém de um sentimento duradouro e permanentemente vivenciado (DIENER, 2009, 2018; LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999).

Esta definição deriva da Psicologia Positiva, área recente da Psicologia, que tem se dedicado a estudar as qualidades e virtudes humanas. Na perspectiva da Psicologia Positiva, a Felicidade das pessoas é um produto que resulta de sua satisfação em relação à vida com a vivência de emoções positivas e negativas por meio de situações de vida. Os estudos sobre a temática da Felicidade iniciaram-se no campo da Psicologia na década de 70 e tem se debruçado em estudar os fatores a esse constructo associados (DIENER, 2009; SCORSOLINI-COMIN et al., 2013).

Dessa forma, os pesquisadores da Psicologia Positiva adotaram o constructo Bem-Estar Subjetivo (BES) como forma de mensurar, de modo objetivo, a Felicidade e a satisfação com a vida. Nos estudos do constructo do BES, os autores apresentam uma tendência teórica em compreender a Felicidade como seu sinônimo, segundo apontam publicações recentes (DIENER, 2018; OLIVEIRA; QUEIROZ; COSTA, 2012; SCORSOLINI-COMIN et al., 2013).

Diante dessa constatação, neste trabalho o BES será adotado como sinônimo para a Felicidade e o estudo do constructo ocorre a partir de duas perspectivas filosóficas distintas: uma embasada no hedonismo e outra no eudemonismo.

Na compreensão do eudemonismo, a Felicidade consiste numa virtude ou na realização pessoal individual determinada pelo que o ser humano faz e pensa e não pelo que sente. Nessa corrente, a Felicidade é o objetivo da vida humana, ao passo que na compreensão filosófica hedonista, este constructo está relacionado à sensação do prazer pela vivência de sentimentos agradáveis ou ao equilíbrio entre estes e os sentimentos desagradáveis, combinados a uma avaliação da vida pela pessoa, com base em seus próprios objetivos (NUNES, 2009).

Dentro da corrente filosófica hedonista, adotada neste estudo, os estudos sobre o BES apresentam duas abordagens teóricas principais e distintas: as Teorias *Bottom-Up* e *Top-Down*. O primeiro conjunto de teorias dedica-se a compreender as características mais intrínsecas das pessoas, os fatores internos que podem estar associados à Felicidade, tais como a personalidade e a resiliência. Fatores que podem interferir na forma como as pessoas veem e adaptam-se às circunstâncias da vida. Já os trabalhos que se fundamentam nas Teorias *Bottom-Up* focam nos fatores extrínsecos às pessoas e que podem ser considerados promotores do BES, ou seja, as necessidades humanas básicas e universais: saúde, renda, habitação, rede de suporte social etc. Os trabalhos têm buscado verificar a complementariedade das duas teorias (BRIEF et al., 1993;

DIENER et al., 1999; HEADEY; VEENHOVEN; WEARING, 1991; OLIVEIRA; QUEIROZ; COSTA, 2012; WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Cabe destacar que a literatura também aponta para os efeitos de determinantes genéticos sobre a Felicidade das pessoas. Os pesquisadores que se dedicam a investigar o componente genético da Felicidade afirmam que haveria um código genético nos cromossomos dos seres humanos que determinaria um nível fixo de felicidade. Portanto, haveria um ponto base de Felicidade, um *set point*, ao qual sempre os níveis de BES tenderiam a voltar, após um período em que estivessem elevados ou diminuídos. Os autores afirmam ainda que o componente genético seria responsável por 50% da capacidade em ser feliz e que os fatores externos seriam responsáveis pela outra metade (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003).

Todavia, considerando as teorias *Bottom-Up*, a compreensão do constructo do BES é tida como o resultado da satisfação das necessidades das pessoas (que traçam objetivos de vida com base na sociedade em que estão inseridas) e do equilíbrio da vivência de situações prazerosas, que produzem emoções positivas, com situações desprazerosas, que levam às emoções negativas (DIENER; EMMONS, 1985; DIENER et al., 2000; PAVOT; DIENER, 1993; TOV, 2018).

A avaliação do nível de BES, portanto, compreende uma dimensão cognitiva e outra emocional, e pode ser feita por meio da aplicação de instrumentos que mensurem ambas (DIENER et al., 1985; LYUBOMIRSKY; SHELDON; SCHKADE, 2005; PAVOT; DIENER, 1993; TOV, 2018).

Em sua avaliação, as emoções ou os afetos positivos são compreendidos enquanto sentimentos transitórios de prazer, como a alegria, a diversão, a satisfação etc. Os afetos negativos estão relacionados às emoções desagradáveis e aflitivas como preocupação, tristeza, raiva entre outros. Já a dimensão cognitiva avalia aspectos mais racionais e intelectuais sobre como a satisfação com a vida vivenciada pelas pessoas, compreendendo desde um julgamento cognitivo de um aspecto específico até uma avaliação geral sobre a vida (DIENER et al., 1999; PAVOT; DIENER, 1993).

Dessa forma, para conhecer a Felicidade das pessoas, na perspectiva hedonista, são necessários instrumentos que permitam a avaliação dessas duas dimensões – afetiva e cognitiva – de modo associado. Para tanto, nos estudos sobre o BES, as avaliações são feitas com escalas de satisfação com a vida e de afetos positivos e negativos, elementos estes que são considerados a tríade da Felicidade (DIENER, 2009). A associação entre a Escala de Satisfação com a Vida e a

Escala de Afetos Positivos e Negativos pode ser encontrada em trabalhos publicados sobre a temática (DIENER; CHAN, 2011; ETTEMA et al., 2010; HERERO; EXTREMER, 2010; SEGERSTROM; EVANS, 2016).

Além de investigar se as pessoas eram ou não felizes, os pesquisadores buscaram também identificar quais eram os fatores que poderiam interferir no BES, pois acreditavam que ao identificar tais fatores, poderiam desenvolver estratégias de promoção de saúde mental nas pessoas (OLIVEIRA; QUEIROZ; COSTA, 2012).

Nesse sentido, os autores afirmam que apesar dos primeiros estudos terem indicado que os fatores extrínsecos tinham pouco efeito sobre o BES, estudos posteriores afirmaram o contrário, bem como reforçaram a importância do estudo sobre eles, dado que tais fatores são possíveis de intervenção (BRIEF et al., 1993; HEADEY; VEENHOVEN; WEARING, 1991; TOV, 2018).

Dentre os fatores extrínsecos que podem afetar o BES, destacam-se: a) variáveis sociodemográficas como idade, gênero, nível escolar, renda econômica; b) suporte social recebido, como a condição conjugal e as redes sociais; c) cultura e padrões de vida das sociedades; d) eventos de vida como o adoecimento, o nível de independência, morte de pessoas próximas, acidentes e atividades realizadas (ANGNER et al., 2013; CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003; DIENER, 2018; LIMA; BELON; BARROS, 2016; LOBOS; LAPO; SCHNETTLER, 2016; LUCHESI et al., 2018; LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005; NERI, 2013; ROMÁN et al., 2017; SUMNGERN et al., 2010; VEENHOVEN, 2008; WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

O estudo dos fatores extrínsecos tem demonstrado que algumas metas de vida estimuladas na sociedade contemporânea, associadas à vida feliz, como acúmulo de riqueza, não passam de mitos: a maior satisfação com a vida está associada ao ganho financeiro apenas em países mais pobres (o que pode estar relacionado à satisfação de necessidades como maior segurança e estabilidade), ao passo que em países desenvolvidos e mais ricos, a satisfação com a vida em geral está mais associada à satisfação com a vida doméstica (OISHI et al., 1999; WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Outrossim, cabe destacar que a pobreza e situações sociais extremas, como guerras e conflitos sociais, têm efeito sobre os níveis de BES das pessoas ao redor do mundo, constituindo-se enquanto um obstáculo para a Felicidade (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003).

Por outro lado, os estudos ainda apontam que o suporte social, compreendido como relações de amizade e parceiro afetivo estável, muitas vezes tido como um padrão social, podem de fato contribuir mais para uma vida feliz e com melhores estados de saúde (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Objetivando investigar como os fatores extrínsecos podem afetar o BES, em especial, os eventos de vida, estudo clássico na área de autoria de Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978) compara ganhadores da loteria americanos e pessoas paraplégicas com controles num estudo longitudinal sobre Felicidade.

Entre os achados, os ganhadores da loteria não se mostraram mais felizes comparados aos controles, passados 18 meses de terem recebido os prêmios. Já os paraplégicos estavam menos felizes quando comparados aos controles, entretanto, demonstravam maior prazer na realização das atividades cotidianas (BRICKMAN; COATES; JANOFF-BULMAN, 1978).

Esse estudo evidenciou a importância da adaptação hedonista, conceito importante para os estudos da Felicidade, e também a necessidade de diferenciar a vivência de situações prazerosas das desprazerosas.

O conceito de adaptação hedonista compreende a capacidade das pessoas de, passado algum tempo, se adaptarem à situação em que vivem, de modo que esta deixa de interferir de forma significativa em seu BES (DIENER; LUCAS; SCOLLON, 2006).

Os resultados dos estudos sucessores à pesquisa de Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978) têm indicado que há uma diferença entre o processo de adaptação aos eventos de vida negativos e positivos: há um tempo maior necessário para que a adaptação hedonista ocorra após um evento negativo, como o adoecimento, comparado a quando ocorre um evento positivo, como o casamento, por exemplo; e, ainda, os autores destacam que mesmo entre os eventos negativos, há tempos diferentes de adaptação. Assim, não há uma regra, porém uma tendência a retornar ao nível basal de felicidade (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003; LUHMANN; INTELISANO, 2018; LYUBOMIRSKY, 2011). Em outras palavras, eventos positivos têm efeito menos duradouros comparados aos eventos negativos sobre o BES.

Lucas (2007), num estudo longitudinal, identificou que pessoas que adquiriram alguma incapacidade, seja física ou psicológica, durante a pesquisa, tiveram seus índices de BES reduzidos de modo mais permanente que pessoas que ficaram desempregadas, por exemplo.

Dessa maneira, dada à complexidade em como os eventos de vida relacionados à saúde interferem no BES, investigar a associação entre o estado de saúde ganhou lugar de relevância nas pesquisas da área. Nesse sentido, a literatura tem demonstrado que a saúde física e mental, além de ensejarem maior longevidade, estão associadas aos melhores níveis de BES (DIENER; CHAN, 2011; LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005; SADLER et al., 2011; VEENHOVEN, 2008).

A respeito da Longevidade e Felicidade, Veenhoven (2008) identificou que o BES não pode prever saúde entre populações doentes, mas sim, entre populações saudáveis, ou seja, o autor afirma que a Felicidade não pode curar doenças, porém pode proteger as pessoas do adoecimento. Ainda não há uma clareza sobre a forma como a relação entre estado de saúde, longevidade e felicidade é dada, de maneira que mais estudos se façam necessários para sua melhor compreensão.

1.1.1 Fatores associados à Felicidade – O Envelhecimento e a necessidade do tratamento por Hemodiálise

A Organização das Nações Unidas (ONU), em seu relatório mais recente a respeito do processo de envelhecimento humano, informou que em 2015 havia 901 milhões de pessoas no mundo com 60 ou mais anos de idade e estimou que, em 2050, esse número alcance 2 bilhões, o que representa um crescimento de 56% na população idosa no mundo. A organização também enfatiza que esse crescimento será ainda maior na América Latina e Caribe, continente que terá o maior aumento no número de idosos, com cerca de 70% nos próximos 15 anos (UNITED NATIONS, 2015).

Assim, se em 2015, uma a cada oito pessoas eram idosas, em 2050, essa proporção passará a ser de um idoso para cada cinco pessoas com menos de 60 anos. O processo de envelhecimento populacional é considerado um sucesso na história da humanidade, alcançado com a redução da mortalidade e fecundidade associado com desenvolvimento social e econômico (UNITED NATIONS, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No entanto, é necessário destacar as diferenças existentes entre o tempo que cada país levou para realizar sua transição demográfica, uma vez que esse fator implica na adaptação da sociedade para conviver com as pessoas idosas.

Enquanto países europeus tiveram mais anos para se adaptarem ao aumento da população idosa, em países como o Brasil, China e Índia, esse processo ocorreu de maneira rápida e recente. De forma a exemplificar, a França levou cerca de 150 anos para que a taxa de idosos passasse dos 10 para os atuais 20% de sua população, embora, no Brasil, esse processo levará apenas cerca de 20 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Dados do censo de 2010 mostraram que a população de idosos brasileiros com 60 anos ou mais passou de 14,8 milhões, em 1999, para 20,6 milhões naquele ano (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Entre os mais velhos, o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto, em 2009, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O processo de envelhecimento populacional mundial precisa ser visto como uma vitória da humanidade, a qual traz desafios que podem contribuir para sua evolução. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça a importância da compreensão do envelhecimento como um processo heterogêneo e dinâmico, determinado não só geneticamente, porém totalmente influenciado pelo ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os dados apresentados pela OMS, em seu relatório de 2015, indicaram que os recursos financeiros empregados nas sociedades em função do envelhecimento populacional precisam ser compreendidos como um investimento social e que esses valores serão menores do que o antes esperado. Isso se deve à mudança do perfil da pessoa idosa, com mais autonomia e independência, o que se deve à maior preocupação com o envelhecimento saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Nesse sentido, preocupados com o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para as pessoas idosas, a publicação diferencia os conceitos de capacidade intrínseca e capacidade funcional. A primeira é compreendida como as capacidades físicas e mentais de cada pessoa e a segunda é combinação das características pessoais associadas às do ambiente onde a pessoa vive. Assim, a capacidade funcional de um idoso pode ser maior ou menor em função dos recursos aos quais esse idoso tem acesso (maior facilidade de acesso a medicamentos, locomoção em ambientes, poder aquisitivo, rede de assistência à saúde etc.). A partir dessas definições, para a OMS o Envelhecimento Saudável é aquele a partir do qual a pessoa tem sua capacidade funcional

desenvolvida e mantida, de forma a permitir seu bem-estar na velhice (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O conceito de Envelhecimento Saudável é importante, pois permite compreender que nem a diminuição da capacidade intrínseca, tão pouco a da capacidade funcional são determinantes exclusivos do processo de envelhecimento, embora reforcem que as intervenções no ambiente e as escolhas de vida ganham papel de destaque no curso de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Desse modo, estudos direcionados a investigar o BES ou a Felicidade vão ao encontro das diretrizes da OMS para promoção do Envelhecimento Saudável.

As pesquisas de Veenhoven (2008), Diener e Chan (2011) e Sadler et al. (2011) indicaram que melhores níveis de BES estavam associados de modo positivo com maior longevidade, ou seja, pessoas felizes vivem mais, como inclusive é nomeado um dos trabalhos (DIENER; CHAN, 2011). O estudo de Sadler et al. (2011), por sua vez, consegue afirmar que a felicidade, mais que fatores genéticos e ambientais, proporcionaria uma vida mais longa.

Entretanto, as pesquisas sobre a relação entre envelhecimento e os níveis de BES têm encontrado resultados diferentes na literatura. Um grande estudo tipo *survey*, que envolveu cerca de 130 países, de todos os continentes, demonstrou que entre países com maiores rendas e que falam língua inglesa, a satisfação com a vida é apresentada conforme uma curva U, ou seja, maiores níveis de satisfação com a vida são encontrados na juventude e velhice e menores escores na fase adulta. No entanto, em países da América Latina, da antiga União Soviética e da Europa Oriental, observou-se um declínio da satisfação com a vida ao longo do ciclo vital e, na África Subsaariana, observadas pequenas mudanças (DEATON, 2008).

Em contrapartida, outros estudos identificaram que ocorre uma associação positiva entre BES e aumento da idade de forma que aqueles mais velhos apresentam melhores níveis de BES, tanto em países mais ricos quanto em países da América Latina (DIENER; CHAN, 2011; LIMA; BELON; BARROS, 2016; ROMÁN et al., 2017; VEENHOVEN, 2008). Complementarmente, foram encontradas pesquisas que afirmam que a idade não tem efeito sobre os níveis de Felicidade das pessoas, mas que outras variáveis, como a escolaridade e o estado de saúde, podem estar associadas aos níveis de bem-estar subjetivo (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; FRIJTERS; BEATTON, 2012; LOBOS; LAPO; SCHNETTLER, 2016).

Assim, o BES e o estado de saúde apresentam uma associação importante, conforme têm indicado as pesquisas (GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; LOBOS; LAPO; SCHNETTLER, 2016; SABATINI, 2014; SIAHPUSH; SPITTAL; SINGH, 2008; VEENHOVEN, 2008).

O estado de saúde de uma pessoa pode ser avaliado de forma subjetiva, por meio da autoavaliação do estado de saúde, ou objetiva, pelo número de doenças diagnosticado por médicos, por exames laboratoriais, pela mensuração do nível de funcionalidade etc. A literatura tem apontado haver uma forte relação entre saúde objetiva e autoavaliação do estado de saúde. A autoavaliação do estado de saúde, também pode ser chamada de saúde percebida e tem sido apontada como importante preditor de mortalidade entre pessoas com doenças diagnosticadas (MORENO; HUERTA; ALBALA, 2014; PAVÃO; WERNEK; RODRIGUES, 2013; WU et al., 2013).

Estudo apresentado em 2013, envolvendo 383 idosos, identificou que o estado de saúde é um dos preditores mais fortes do nível de Felicidade. No entanto, ressaltou que a associação entre o estado de saúde e felicidade depende muito da maneira pela qual o estado de saúde é medido, do nível de adoecimento e da capacidade funcional (ANGNER et al., 2013). Portanto, nos estudos sobre a relação do estado de saúde com a Felicidade, torna-se importante considerar ambas as dimensões de sua avaliação – a objetiva e a subjetiva.

Em pesquisa realizada no Brasil, Neri, Eulálio e Cabral (2013) buscaram identificar a relação entre o BES, medido pela satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos, entre idosos residentes na comunidade. Na oportunidade, demonstraram que entre aqueles idosos mais frágeis, houve menor nível de satisfação, o que pode estar relacionado, entre outros fatores, à presença de doenças crônicas e da inatividade. As pesquisadoras apontaram ainda a carência de estudos sobre a temática, bem como a necessidade de serem desenvolvidas novas pesquisas.

Nessa direção, revisão de literatura a respeito do BES, considerando o bem-estar eudemonico e hedônico – satisfação com a vida e afetos, e sua associação com o estado de saúde, identificou que além de haver uma associação entre as variáveis, esta pode aumentar com o avanço da idade, isso porque, apesar dos avanços que proporcionaram o aumento da expectativa de vida, o envelhecer ainda está atrelado a maior vulnerabilidade das pessoas aos processos patológicos (STEPTOE; DEATON; STONE, 2015).

De fato, os idosos são mais predispostos a apresentar doenças crônicas dos sistemas cardiovascular, respiratório, osteoarticular, cerebral e endócrino, bem como neoplasias e

depressão, podendo inclusive compor quadros de comorbidades, se estiverem associadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007).

Dentre as doenças crônicas mais comuns entre os idosos, está a hipertensão arterial sistêmica, o Diabetes *mellitus* e a insuficiência cardíaca, todas precursoras de quadros de Doença Renal Crônica (DRC). Ademais, as alterações fisiológicas e anatômicas decorrentes do processo de envelhecimento renal acabam por agravar o quadro da doença renal no idoso, também contribuindo para a disfunção renal com o passar dos anos (CHERCHIGLIA et al., 2010; SESSO et al., 2017; TONELLI; RIELLA, 2014).

A DRC resulta na incapacidade renal em manter a homeostasia interna do organismo, sendo necessária a Terapia Renal Substitutiva (TRS), que se dá por meio da diálise peritoneal e da hemodiálise (RIELLA, 2010).

Entre aqueles que recebem o tratamento dialítico no Brasil, a hemodiálise é utilizada por cerca de 90% dos pacientes, enquanto que a diálise peritoneal por 8% dos mesmos (SESSO et al., 2017). A Hemodiálise (HD) é um tratamento que se dá pela diálise feita por meio de uma máquina que promove a filtração sanguínea extracorpórea. Comumente, é prescrita com frequência semanal de três sessões com duração de três a cinco horas cada sessão (PIRES, 2011).

Pesquisa recente sobre o perfil de pessoas com DRC que fazem TRS no Brasil apresentou um crescente número de idosos convivendo com DRC e necessitando de TRS. Apontou ainda que em 2000, 26% dos pacientes em TRS eram idosos, passando para 33% em 2016. Além disso, grande parte dos pacientes que faz Hemodiálise é homem (57%) (SESSO et al., 2017).

Os estudos também têm encontrado que os pacientes em tratamento hemodialítico apresentam baixa escolaridade (MARINHO et al., 2018; MEDEIROS et al., 2015; OLLER et al., 2012; ORLANDI et al., 2012; PILGER et al., 2017; STRINGUETTA-BELIK et al., 2012).

A evolução da DRC e o tratamento dialítico, em longo prazo, produzem uma série de impactos e limitações que perturbam o estado de saúde e afetam tanto saúde física quanto mental, com maior gravidade entre idosos. Na dimensão física, os pacientes referem fadiga, dores, câimbras, dificuldade para realização de tarefas, redução da capacidade funcional (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009; KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004; OLLER et al., 2012). Também são identificadas alterações sociais, como a perda do trabalho e isolamento social, e psicológicas, como estresse e sintomas depressivos, sendo a depressão uma comorbidade

importante vivenciada pelos pacientes com DRC (ARAÚJO et al., 2016; BERTOLIN et al., 2008; MEHRABI; GHAZAVI; SHAHGHOLIAN, 2017; PALMER et al., 2013).

Estudo de metanálise publicado por Chan e colaboradores (2012) demonstrou haver associação entre qualidade de vida e aspectos psicossociais de pacientes com doença renal terminal. Entre as categorias de fatores psicossociais estudadas, o nível de estresse e afetos apresentou maior associação com qualidade de vida, sendo que a presença de depressão reduzia os níveis de qualidade de vida dos pacientes.

Palmer et al. (2013), em revisão sistemática de literatura com 216 artigos envolvendo pacientes em tratamento hemodialítico, identificaram que a prevalência de depressão era de 38,5%, independentemente da ferramenta usada para o diagnóstico e que, mesmo quando o diagnóstico era feito por um profissional, a prevalência apesar de reduzir, mantinha-se alta, com 23%. Os referidos autores também identificaram que quanto mais avançado o estágio da DRC, maior era a prevalência de diagnóstico depressivo.

Pelo exposto, é possível compreender que a DRC, com necessidade de realizar hemodiálise, acaba por estar associada a diversas problemáticas que podem interferir no bem-estar subjetivo das pessoas que necessitam fazer o tratamento.

Assim, preocupados em compreender de que forma a realização do tratamento hemodialítico por pessoas com DRC afetava o BES, pesquisadores americanos encontraram que, apesar de todos os prejuízos ocasionados pela vivência da doença, não há evidências de que pacientes que realizam o tratamento são menos felizes que pessoas saudáveis (RIIS et al., 2005).

Os autores afirmaram sobre os achados que o fato de os pacientes em hemodiálise serem tão ou mais felizes comparados aos controles saudáveis, estava relacionado à capacidade de adaptação das pessoas a condição atual de saúde, ou seja, os pacientes apresentaram a adaptação hedonista. Outrossim, enfatizaram a necessidade de que fosse considerada a dificuldade de que as pessoas saudáveis têm em acreditar em sua capacidade adaptativa, tendendo a se imaginarem infelizes, caso necessitassem passar por tratamento hemodialítico no futuro. Essa negatividade para estimar sua própria capacidade de adaptação é que pode levar pessoas saudáveis a imaginarem que o adoecimento está atrelado à incapacidade de serem felizes (RIIS et al., 2005).

Todavia, estudo posterior realizado por Bennett et al. (2015) comparou o BES de pacientes em tratamento hemodialítico com pessoas saudáveis na Austrália e encontrou menores

escores entre os pacientes que realizavam o tratamento. As principais diferenças se deram no domínio da satisfação com a saúde e conquistas realizadas.

Diante do apresentado, considerando a hipótese inicial do estudo de que o tratamento hemodialítico é inversamente associado com a Felicidade, a literatura mostra haver poucos estudos publicados, nenhum encontrado no contexto brasileiro e com resultados diferenciados. Isso demonstra a relevância de investigar, nesta pesquisa, de que forma o tratamento por hemodiálise relaciona-se com o BES dos idosos que fazem o tratamento no contexto brasileiro.

1.1.2 Fatores associados à Felicidade – A realização de Atividades e o Uso do Tempo de Idosos

Considerando os benefícios trazidos pela Felicidade, como melhores estados de saúde e uma vida mais longa, compreender o que torna as pessoas felizes e identificar quanto estes fatores são passíveis de mudança, para manutenção ou melhoria dos níveis de felicidade, passou então a ser objetivo dos investigadores de diferentes áreas, como as Ciências Sociais, a Psicologia e a Gerontologia (LYUBOMIRSKY; SHELDON; SCHKADE, 2005).

Lyubormirsky (2008), uma das principais autoras sobre a influência das atividades na Felicidade, afirma que, com base em inúmeros estudos de diferentes autores, enquanto aspectos biológicos e genéticos são responsáveis por 50% da Felicidade, as condições de vida – alimentação, segurança, habitação, renda etc. – responderiam por apenas 10%, cabendo então às atividades desenvolvidas, os outros 40% da capacidade em ser feliz plenamente.

Assim, os investigadores passaram a estudar de que forma as atividades realizadas pelas pessoas e a forma como elas organizam seu tempo para executar suas atividades podem estar ou não relacionadas ao aumento e à manutenção dos níveis de felicidade (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003; LEVINE, 2013; LYUBOMIRSKY, 2008; LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013).

Conhecer quais eram as atividades realizadas pelas pessoas, entretanto, não é um fenômeno que surge apenas com a Psicologia Positiva. As Ciências Sociais começaram as pesquisas sobre a realização de atividades na vida cotidiana das pessoas em meados do século passado, objetivando compreender o que as pessoas faziam com seu tempo inicialmente e, posteriormente, passaram a avaliar quais seriam os fatores que estariam associados ao uso do tempo (FARNWORTH; FOSSEY, 2003).

Os chamados estudos de uso do tempo, de um modo geral, estão direcionados para compreender a frequência e a duração das atividades realizadas. Entretanto, dada a imensa variedade de atividades que podem ser realizadas pelos seres humanos, nos anos 60 do século XX, Alexandre Szalai propôs, pela primeira vez, categorias de atividades, as quais seriam grupos de comportamentos típicos que envolveriam todos os aspectos das atividades humanas (STINSON, 1999).

A classificação de Szalai contém 10 categorias de atividades, que até os dias atuais estão presentes nos mais diversos estudos, a saber: 1) cuidados pessoais; 2) emprego; 3) estudos; 4) atividades domésticas; 5) cuidado com as crianças; 6) compras de bens e serviços; 7) trabalho voluntário; 8) atividades sociais e comunitárias; 9) recreação e lazer; e 10) tempo de viagem (STINSON, 1999; CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003).

Com o passar do tempo, nos anos 90 do século XX, foram criadas categorias padronizadas por grupos governamentais ou institutos de pesquisas, de diferentes países, como o *Eurostat Classification System*, o *Australian Classification System* e o *United Nation Internacional Classification System* (STINSON, 1999; CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003).

A partir dessas classificações, *surveys* foram realizados em diferentes países ocidentais e permitiram aos pesquisadores que comparassem o uso do tempo entre países distintos, bem como, identificassem padrões de atividades realizadas e acompanhassem as mudanças sociais (FARNWORTH; FOSSEY, 2003).

Contemporâneas às pesquisas das Ciências Sociais sobre o uso do tempo empregado em atividades, pesquisas da área de Gerontologia também passaram a se dedicar a compreender quais os fatores que poderiam contribuir para o envelhecimento saudável, com grande ênfase para a associação entre bem-estar na velhice e a realização de atividades (KATZ, 2000).

Nos EUA e na Europa, por volta dos anos 50 do século XX, surgiram então duas vertentes teóricas a respeito da realização de atividades como forma de ajustamento das pessoas ao processo de envelhecimento: a Teoria do Desengajamento e a Teoria da Atividade (KATZ, 2000).

Na Teoria do Desengajamento, haveria uma redução natural do interesse por se envolver e ter responsabilidades sociais com o passar dos anos, além de uma redução voluntária nas atividades, o que seria um comportamento esperado e adequado para uma velhice satisfatória (STANLEY, 1995).

Por sua vez, na Teoria da Atividade, postulada por Havighurst e Albrecht, a atividade era vista como um fator determinante de satisfação, uma vez que permite a pessoa o controle sobre o ambiente e os eventos vitais, afirmando que quanto mais ativo, mais satisfeito seria o idoso (KATZ, 2000).

Uma inquietação evidenciada pela Teoria da Atividade foi que, apesar da apropriação feita pelos pesquisadores da Gerontologia do termo atividade, em ciência não havia (e não há) um consenso sobre a própria definição do que seria atividade. Assim, o que os pesquisadores da área parecem ter tomado como definição foi que a atividade é algo que envolve o movimento físico ou que é o esforço necessário para buscar e realizar interesses pessoais diariamente (KATZ, 2000). Nesse sentido, o engajamento em atividades contribui para uma vida com mais saúde e significado, sendo, portanto, um aspecto central da experiência humana (STANLEY, 1995).

Após um período de críticas e declínio, a Teoria da Atividade voltou a ganhar força com a reformulação de Rowe e Kahn no final da década de 90 do mesmo século, com ênfase para a necessidade de manter o funcionamento físico e cognitivo, controlando doenças e mantendo relações de proximidade com as pessoas como forma de contribuir para o envelhecimento ativo. O engajamento com a vida seria reflexo do envolvimento e manutenção da realização de atividades prazerosas. Foi a partir da retomada da Teoria da Atividade que os estudos sobre o BES entram no campo das pesquisas em Gerontologia (NÉRI, 2011).

Outro contributo da Teoria da Atividade, conforme aponta Katz (2000), está o surgimento e expansão de estudos sobre envelhecimento entre profissões que buscavam promover saúde ou desenvolver terapias de reabilitação, como é o caso da Terapia Ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais são profissionais que têm como eixo central de sua atuação possibilitar o envolvimento e participação das pessoas nas mais variadas atividades que compõem a vida cotidiana. Para esses profissionais, a forma como as pessoas usam o tempo interfere diretamente na capacidade de manter a saúde ou pode contribuir para o seu restabelecimento quando ocorrem situações de adoecimento que podem ou não ser incapacitantes (LAW, 2002).

As atividades em Terapia Ocupacional podem ser consideradas o instrumento específico do trabalho profissional, uma vez que é por meio da realização de atividades que se criam espaços de saúde na vida cotidiana (BENETTON, 2008). Apesar de, para a profissão no Brasil, a definição do termo estar em processo constante de construção, em termos genéricos, o conceito de atividades refere-se às ações e ao fazer das pessoas dentro de um contexto material e concreto

que viabiliza o modo como elas relacionam-se com o mundo (LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013). Dessa forma, na assistência em Terapia Ocupacional, a melhoria da saúde e do BES é alcançada por meio da participação em atividades que sejam significativas e permitam que as pessoas tenham a sensação de pertencimento na vida cotidiana. Desse modo, as informações sobre o uso do tempo ajudam os profissionais a compreender padrões de participação em atividades nas mais diferentes culturas, regiões e ao longo do curso de vida (LAW, 2002; PEMBERTON; COX, 2011).

Em estudo de revisão de literatura realizado por Hunt e McKay (2015), foram encontradas 61 publicações a respeito do uso do tempo por terapeutas ocupacionais no período de 1990 a 2014. Dentre as publicações, 23 (37%) eram de países europeus, onze (18%) americanas, onze (18%) canadenses, dez (16%) eram australianas, três (5%) do oriente médio e três (5%) asiáticas. O estudo revela a falta de publicações por terapeutas ocupacionais latino-americanos e africanos, em revistas indexadas.

As pessoas idosas podem ter modificada a sua participação em diversas atividades, tanto em decorrência do próprio processo de envelhecimento biológico, quanto por fatores ambientais. Assim, a literatura indica que pesquisas direcionadas ao uso do tempo de pessoas idosas são revolucionárias, pois contribuem para o conhecimento de aspectos heterogêneos do processo de envelhecimento, que superam o binômio saúde-doença, ao identificar mudanças nos padrões de comportamento e de atividades realizadas nas diferentes culturas (CRODA; GONZALEZ-CHAPELA, 2005; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; ; NUNES; EMMEL, 2015; SANTOS et al., 2013).

O conhecimento sobre as atividades cotidianas na velhice, segundo Horgas, Wilms e Baltes (1998) é importante, posto que permite conhecer os objetivos e motivações para realizar determinadas atividades, bem como identificar limitações das próprias pessoas ou do ambiente, que as levem a fazer ou não determinadas escolhas por atividades. Dessa maneira, os autores destacam que o tempo e o espaço são fatores que mais influenciam a participação nas atividades cotidianas.

Portanto, as atividades realizadas pelas pessoas também permitem conhecer as dimensões de tempo e espaço que estas conseguem alcançar, inseridas numa sociedade e cultura que têm suas próprias regras, normas e expectativas sociais. Desse modo, conhecer as atividades realizadas por grupos de idosos de uma sociedade pode contribuir para entender se o processo de

envelhecimento tem ocorrido com maior ou menor sucesso (HORGAS; WILMS; BALTES, 1998).

O processo de realização de atividades está relacionado ao modo como as pessoas conseguem organizar e usar o tempo em seu cotidiano. Assim, o uso do tempo é uma variável considerada essencial para a compreensão do BES pelas pessoas nas pesquisas da área de psicologia e também econômicas, pois torna possível conhecer a frequência de realização das atividades. O uso do tempo é um domínio nos estudos desenvolvidos para a criação do índice de Felicidade Interna Bruta, o qual tem sido proposto com objetivo de fundamentar a implementação de políticas públicas em alguns países (LEVINE, 2013; ZUZANEK; ZUZANEK, 2015).

O estudo sobre as atividades realizadas por meio do uso do tempo tem sido feito em diferentes países, em especial naqueles economicamente desenvolvidos. As pesquisas mais atuais têm feito comparações dos dados dos estudos de *surveys* entre países, identificando padrões comuns e diferenças do uso do tempo entre adultos e idosos (ADJEI; BRAND, 2018; ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; CRODA; GONZALEZ-CHAPELA, 2005; DEATON, 2008; GAUTHIER; SMEEDING, 2003; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015; ZUZANEK; ZUZANEK, 2015).

Pelo apresentado, ocorre uma convergência entre as teorias das Ciências Sociais, da Gerontologia, da Psicologia Positiva, bem como da Terapia Ocupacional, a respeito do interesse sobre conhecer quais são as atividades realizadas pelas pessoas em sua vida cotidiana e de que forma podem interferir no processo de envelhecimento saudável, com maior felicidade e satisfação com a vida.

Desse modo, serão apresentadas evidências científicas por meio de estudos sobre as atividades cotidianas, o uso do tempo, o estado de saúde e o BES com participantes idosos ou de estudos *surveys* com populações ao longo da vida (*lifespan*).

O primeiro conjunto de estudos refere-se ao uso do tempo por idosos, com sua caracterização. O segundo conjunto de estudos apresenta dados relativos às atividades e sua associação com o estado de saúde e com os componentes do BES. Finalmente, é feita referência às propostas de intervenção para melhoria e manutenção dos níveis de felicidade junto às pessoas idosas, bem como abordadas formas de mensuração das variáveis.

Os estudos de uso do tempo apresentaram diferentes métodos, sendo a observação direta, experiências por amostragens e uso de diários de tempo os mais frequentes. Entre os

instrumentos, foram encontrados questionários sobre o cotidiano, o Diário de Atividades e Relógio de Atividades, que permitiram avaliar e dimensionar as atividades realizadas. Os diários de uso do tempo, apesar de muito utilizados, requerem maior tempo do entrevistador e/ou disponibilidade do respondente. Dessa forma, os autores optaram por estratégias que tornassem o processo de coleta de dados mais rápido e barato, características presentes na aplicação do Relógio de Atividades (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003; EMMEL, 2012; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015; LARSON, 2004; LARSON; LARSON; VON EYE, 2010; ZAIDEN, 2014).

Estudo inicial a respeito do uso do tempo, realizado por terapeuta ocupacional com uma pequena amostra de idosos australianos, não encontrou associações entre o tempo empregado em diferentes categorias de atividades e a satisfação com a vida, o que pode ser devido ao pequeno tamanho amostral (STANLEY, 1995).

No entanto, estudo com uma amostra de 516 idosos alemães (HORGAS; WILMS; BALTES, 1998) estudou a relação entre variáveis sociodemográficas (idade, gênero, local de residência, nível educacional e estado civil) e as categorias de atividades, além de comparar dias da semana com finais de semana. Os resultados mostraram que o aumento da idade influenciava a participação em atividades, uma vez que os mais velhos passavam mais horas em atividades instrumentais de vida diária e de descanso; por sua vez, o nível educacional não influenciou o tempo dedicado à realização de atividades.

Estudo posterior que objetivou a comparação de dados de *surveys* em nove países (Áustria, Alemanha, Canadá, Finlândia, Holanda, Reino Unido, Suécia e Estados Unidos da América), no período de 1987 a 1992, a respeito de quatro grandes grupos de atividades (trabalho pago, fazeres ativos, atividades passivas e autocuidado) identificou que o tempo dedicado ao trabalho diminui bruscamente com o processo de envelhecimento, indicando inclusive que, nos países estudados, a aposentadoria tinha ocorrido mais cedo que o previsto, aos 65 anos (GAUTHIER; SMEEDING, 2003).

Entretanto, o mesmo estudo não encontrou um padrão para atividades como voluntariado, esportes, atividades de lazer fora de casa, educacionais e *hobbies* que podem contribuir para o envelhecimento ativo, demonstrando um maior efeito da cultura sobre o desempenho de tais atividades. Os autores destacam as diferenças nos padrões de socialização, posto que os mais velhos tendiam a socializar mais, o que ajuda no rompimento do estigma de que os idosos têm

vidas mais solitárias. Outras diferenças entre países foram encontradas nas atividades de lazer passivo e cuidados pessoais, uma vez que o tempo dedicado a essas atividades aumenta com a idade, cerca de quatro horas a mais quando comparadas as idades entre 45-54 e mais de 75 anos. Esse aumento nas horas pode estar relacionado à presença de doenças, a incapacidades e à redução da mobilidade que surgem com o envelhecimento (GAUTHIER; SMEEDING, 2003).

No Reino Unido, pesquisa com uma amostra de 90 idosos identificou quais atividades eram realizadas e também consideradas agradáveis, necessárias ou pessoais, pelos participantes. As atividades agradáveis representavam quase metade do tempo diário, seguidas das necessárias e pessoais. O sono e o descanso ocupavam 34% das horas diárias, seguido de atividades domésticas com 13%, lazer passivo (ver televisão, ouvir rádio, usar computador) 11%, comendo e bebendo (9%) e socializando (6%) (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010).

Os estudos sobre o uso do tempo anteriormente mencionados foram realizados em países desenvolvidos, que possuem um padrão diferenciado do brasileiro no que se refere ao envelhecimento populacional. Esse tipo de estudo ainda é incipiente em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, Coreia do Sul e África do Sul (CHUNG; LEE, 2017; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015; GRAPSA; POSEL, 2016; PAGANELLI, 2015).

No entanto, estudo sul coreano (*Statistics Korea* - KOSTAT), além de identificar as atividades realizadas ao longo da vida, buscou criar padrões de direcionamento de tempo nas diferentes faixas etárias para cada categoria de atividade por meio de análises estatísticas de três ondas de um estudo *survey*. O estudo demonstrou que com o aumento da idade, ocorre uma transição do tempo destinado às atividades de educação, trabalho pago e relacionamentos pessoais e lazer. Assim, os idosos sul coreanos têm um perfil de dedicar grande parte de seu tempo aos relacionamentos pessoais e ao lazer (CHUNG; LEE, 2017).

Em outro estudo realizado por meio da pesquisa de uso de tempo da África do Sul, feita pela *Statistics South Africa* com cerca de 5000 participantes, identificou que os idosos sul-africanos entrevistados empregavam 62,5% de seu tempo em cuidados pessoais, 12,5% em atividades domésticas, 8% para atividades de meios de comunicação de massa (televisão e rádio), 8% em atividades sociais e culturais e apenas 6% do tempo em atividades de trabalho remunerado. Atividades de cuidado com outros, serviços comunitários e estudos tiveram pouco tempo dedicado pelos idosos (GRAPSA; POSEL, 2016).

No Brasil, não foram identificados grandes estudos sobre o uso do tempo de modo sistematizado. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD tentou incluir questões sobre o uso do tempo, porém ainda não há dados oficiais divulgados. Dessa forma, o estudo sobre o uso do tempo no contexto brasileiro tem se dado por meio de pesquisas com amostras populacionais específicas.

Assim, em estudo com mulheres idosas brasileiras, as atividades de socialização ocupavam pouco do tempo diário das participantes (6,3%). Os pesquisadores identificaram que as participantes dedicavam boa parte do tempo para realização de atividades domésticas, cerca de um terço das horas de um dia (33%). O lazer ocupava 26% das horas diárias, sendo que metade do tempo em lazer era para ver televisão. Os cuidados pessoais tinham 16% do tempo das idosas e o trabalho também apresentava percentil aproximado aos cuidados pessoais (14%). A maioria das atividades de trabalho era informal e requeriam pouca formação (DOIMO; DERNTL, 2006; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008).

Na mesma direção, pesquisa feita na região sudeste do Brasil, com amostra de idosos de ambos os gêneros, masculino e feminino, também identificou que os idosos, apesar de frequentarem programas que promoviam o envelhecimento ativo e saudável, passavam 36% de seu dia em atividades domésticas e de autocuidado. Apenas 24% do tempo era dedicado às atividades de lazer e o sono ocupava outros 34% do tempo. A maior parte das atividades de lazer era passiva, como ver televisão (EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015).

Outro estudo brasileiro, que buscou identificar a realização de atividades que trariam bem-estar com 103 idosos que frequentavam serviços de saúde no Nordeste, identificou que 27,7% dos participantes praticavam esportes ou exercícios e 38,8% frequentavam atividades culturais e de lazer (SANTOS et al., 2013).

Os estudos brasileiros demonstram que a população idosa ainda tem pouca participação em atividades sociais, culturais e de lazer ativo, as quais são identificadas com potencial de promoção do envelhecimento saudável. Cabe destacar que as amostras dos estudos brasileiros são compostas em sua maioria por mulheres a quem, culturalmente, cabe o cuidado com a casa e a família, de maneira que as atividades de socialização fora de casa não foram estimuladas para essa geração de idosas, como destacam os autores das pesquisas.

Se os estudos iniciais sobre a realização de atividades e alocação do tempo se dedicavam (e dedicam) a conhecer e mapear a distribuição de horas ao longo de um dia dedicadas às

atividades, estudos posteriores começaram a buscar e identificar a associação dessas atividades com o estado de saúde e com o bem-estar subjetivo.

Desse modo, o estudo SHARE – *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, tem reportado informações sobre diferentes domínios do processo de envelhecimento entre os países europeus (SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE, 2018).

Em um dos primeiros trabalhos com apresentação de resultados pelos pesquisadores, o trabalho pago ainda surge como atividade com grande tempo dedicado pelos idosos, seguido de atividades de fornecer auxílio a um familiar e/ou amigo e do cuidado com os netos. A coabitação de diferentes gerações numa mesma casa pode facilitar a ocorrência das atividades de cuidado. O estado de saúde determinou que entre aqueles com maior incapacidade física se envolviam menos nos três conjuntos de atividades citados, com especial declínio da atividade de trabalho. Os idosos com sintomas depressivos também apresentaram redução das horas envolvidas nas atividades em função do adoecimento (CRODA; GONZALEZ-CHAPELA, 2005).

Em pesquisa realizada na Austrália com idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC), os resultados mostraram que os idosos com o diagnóstico passavam significativamente menos horas dormindo, em atividades instrumentais de vida diária e realizando voluntariado e mais tempo envolvidos em lazer solitário em casa. Os pesquisadores avaliaram também envolvimento em papéis ocupacionais, que estão relacionados a padrões de atividades desenvolvidas em função do contexto social. Para aqueles idosos com AVC, ter mais papéis significava ser mais satisfeito com sua vida, ao passo que a perda de papéis não teve efeito sobre os escores de satisfação com a vida, o que não foi observado entre os idosos sem AVC (MCKENNA et al., 2009).

Outro estudo australiano dedicou-se a investigar o tempo gasto por pessoas idosas com multicomorbidades (presença de mais de uma doença), um fenômeno cada vez mais comum, dado que o processo de envelhecimento muitas vezes está atrelado à convivência com doenças crônicas. Os investigadores encontraram que quanto maior o número de comorbidades, mais os idosos apresentavam horas dedicadas às atividades de cuidado com saúde, que incluíam desde tomar medicamentos a práticas de atividades físicas. Entre aqueles com cinco ou mais comorbidades, o tempo destinado aos cuidados com saúde variava de cinco a oito horas diárias, o que impactava na realização de outras atividades cotidianas. Essa informação é importante, pois pessoas idosas com comorbidades gastam mais energia e esforço para mobilidade e realização de tarefas (JOWSEY et al., 2013).

Pesquisadores suecos compararam 151 idosos, divididos em mais saudáveis e menos saudáveis (após avaliação do estado de saúde), quanto ao tempo dedicado para realização de atividades no cotidiano e avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes. Aqueles que tinham menor nível de saúde gastavam mais horas nas atividades de autocuidado, reflexivas e de lazer, bem como tinham menos horas para atividades de cuidado com a casa, quando comparados aos mais saudáveis. Em contraposição, pessoas idosas com melhor qualidade de vida relacionada à saúde, apresentavam padrão inverso no uso do tempo (BJÖRKLUND et al., 2015).

Preocupados em investigar a relação existente entre nível de independência em atividades de vida diária (básicas e instrumentais) e a realização de sete atividades de participação social (trabalho voluntário, esporte, *hobbies*, culturais, clube de idosos, associações de bairro e trabalho pago), com idosos independentes, pesquisadores japoneses identificaram uma associação benéfica entre participação social e atividades instrumentais de vida diária, especialmente entre idosos com mais de 80 anos. Os pesquisadores reforçam que apesar do benefício da participação social, não são todas as atividades que promovem maior independência (TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2017).

Destacam ainda que a atividade de trabalho, apesar de ter tido um impacto ruim sobre as atividades de vida diária, entre as mulheres participantes, não representou necessariamente um prejuízo à saúde dos participantes (TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2017). Os dados do estudo revelaram a crescente preocupação com altas taxas de envelhecimento populacional que prevalecem no Japão.

Publicações recentes de resultados do Estudo Multinacional de Uso do Tempo (MTUS), que envolve países europeus e os Estados Unidos, encontraram que o estado de saúde não somente estava positivamente associado ao tempo destinado ao trabalho, atividades domésticas e de lazer, como a autoavaliação do estado de saúde sofria influência direta da participação em atividades domésticas e do sono. Os participantes com envolvimento em tais atividades tinham maior chance de apresentar boa saúde (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; ADJEI; BRAND, 2018).

Sobre a influência do uso do tempo na Felicidade, os estudos apresentam formas diferenciadas de avaliar o fenômeno. Alguns avaliaram o quanto a realização das atividades (organizadas em categorias) está associada ao BES, enquanto outros procuraram avaliar o BES

ou o prazer obtido durante a realização de cada atividade em si, os quais são apresentados na sequência

Assim, a respeito das atividades de vida diária, alguns estudos contemplaram avaliação do nível de independência para atividades de autocuidado e sua relação com o BES, de modo que, quanto mais independente, maiores seriam os níveis de BES. Outros estudos dessa categoria abordaram atividades instrumentais como preparo de alimentos, limpeza da casa, realização de compras, pagamento de contas, levar crianças na escola, transporte e estes, na vida adulta, correlacionam-se com satisfação com a vida. Na velhice, melhores níveis de independência funcional correlacionam-se com BES (HERERO; EXTREMERA, 2010; HIROSAKI et al., 2011; MELÉNDEZ et al., 2009; PRIZMIĆ; KALITERNA LIPOVČAN; BURUŠIĆ, 2009; SIMONE; HAAS, 2013; TADIC et al., 2013).

O mesmo não é observado para as atividades de trabalho na velhice. Estudo envolvendo 579 idosos revelou que aqueles envolvidos em atividades de trabalho não eram mais felizes comparados aos outros que não trabalhavam de forma duradora, bem como apresentavam mais felicidade em atividades relaxantes e aos finais de semana comparados aos que não trabalhavam. Estes últimos eram mais felizes ao realizar atividades administrativas, como pagamento de contas (TADIC et al., 2013).

Pesquisa conduzida por Olds et al. (2016) estudou pessoas em fase de aposentadoria e as seguiu por um período de doze meses. Na oportunidade, identificou que os idosos ao se aposentarem apresentavam mais prazer e que este estava correlacionado ao BES, principalmente ao realizarem atividades físicas e de participação social.

As práticas de atividades físicas e de esportes também aparecem como associadas a melhores níveis de BES e à satisfação com a vida. Os estudos têm demonstrado que pessoas que fazem práticas de atividades físicas de modo frequente apresentaram tanto melhores níveis de saúde quanto de BES. Porém, cabe destacar que nos trabalhos, há uma diversidade de atividades na categoria atividades físicas, que vão da jardinagem, caminhadas e práticas esportivas (BARRETO, 2014; SHAO, 2015; STUBBE et al., 2007; TADIC et al., 2013; WANG et al., 2012).

Nesse sentido, as atividades de lazer também são comumente associadas com a Felicidade, especialmente entre as pessoas idosas, o que talvez esteja relacionado ao maior tempo livre apresentado pelas pessoas nessa faixa etária. Entretanto, os trabalhos que se referiam às

atividades de lazer, incluíam uma gama infinita de atividades que poderiam ser realizadas e, assim, nem todas poderiam estar associadas aos melhores índices de bem-estar. Ademais, uma mesma atividade pode apresentar resultados diferentes na literatura sobre sua associação com o BES, como a atividade de assistir televisão, por exemplo (KUYKENDALL; TAY; NG, 2015; LIFSHITZ; NIMROD; BACHNER, 2018; REYES, 2016; SIMONE; HAAS, 2013; WEI et al., 2015).

Diferentemente, as atividades de socialização, ou seja, aquelas que envolvem as conexões estáveis com família, amigos, parceiros e a comunidade, têm se confirmado como importantes preditores de melhores índices de Felicidade, especialmente entre idosos (CAUNT et al., 2013; DIENER; OISHI, 2005; HERERO; EXTREMERA, 2010; OERLEMANS; BAKKER; VEENHOVEN, 2011).

As atividades lúdicas também têm mostrado uma associação positiva com a Felicidade ao longo da vida. Como atividades lúdicas, compreende-se uma predisposição a perceber as situações e eventos da vida de uma maneira que garanta diversão, humor e entretenimento para si mesmo e até outras pessoas. Estudo tipo *survey* envolvendo 4100 pessoas, na Alemanha, identificou que as atividades lúdicas ao longo de toda vida demonstraram efeitos positivos sobre o BES, com exceção do grupo etário entre 66 e 70 anos (PROYER, 2014).

Igualmente, o uso da *Internet* e sua relação com a Felicidade de idosos tem se mostrado positivo. Apesar de ser uma atividade por vezes pouco frequente e ter sido recentemente incorporada à vida das pessoas idosas, a associação positiva com as medidas de BES pode se dever ao uso feito pelos idosos, que muitas vezes utilizam a *Internet* para o lazer ou para estabelecer contatos sociais (LIFSHITZ; NIMROD; BACHNER, 2018; NIE; SOUSA-POZA; NIMROD, 2017; WEI et al., 2015).

Pesquisa com 195 idosos australianos revelou, na distribuição de horas por atividades, que 18,5% do tempo era empregado em lazer solitário, 11,25% em lazer social, 23,75% em atividades de autocuidado e domésticas e 35% em sono. O lazer solitário aumentava proporcionalmente conforme a idade e o trabalho e tempo em transporte diminuía. Os pesquisadores avaliaram a participação em papéis ocupacionais, ou seja, aqueles que envolvem a participação em atividades, e constataram que aqueles com maior perda de papéis apresentaram menores índices de satisfação com a vida (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007).

O ato de poder dirigir veículos também demonstrou ser um preditor sobre a satisfação com a vida de idosos australianos. Em pesquisa que comparou idosos que tinham a carteira de habilitação e dirigiam com outros idosos que não podiam mais dirigir ou que nunca haviam dirigido, os pesquisadores identificaram mudanças nos padrões de uso do tempo. Aqueles idosos que podem conduzir veículos apresentam menos horas de lazer solitário e mais horas de lazer social (LIDDLE et al., 2012). Apesar dos níveis de satisfação com a vida não serem diferentes entre os grupos, poder dirigir predizia melhor satisfação com a vida.

Chen et al. (2012), em estudo que relacionava o uso do tempo ao longo da vida com BES e autoavaliação do estado de saúde, afirmaram que o tempo em recreação e em atividades espirituais, bem como a autoavaliação do estado de saúde podem predizer o BES de idosos.

Por meio de revisão de literatura, Ferreira e Barham (2011) apresentaram diversos estudos que corroboravam a hipótese de que o envolvimento em atividades proporciona maior satisfação e, conseqüentemente, melhor saúde às pessoas idosas. Para os autores, isso ocorre na medida em que: a prática de atividades prazerosas constitui-se como variável mediadora na prevenção e superação do estresse, depressão e outras alterações psicológicas; contribui para o manejo dos efeitos negativos atrelados a perda de funcionalidade, viuvez e pouco contato familiar; está relacionada à expressão de afetos positivos; e melhora o nível de socialização e interesse pela vida.

A partir dos estudos encontrados na revisão, pode-se afirmar que não é a atividade em si que seria positiva para a pessoa, mas as conseqüências obtidas por meio do processo de realizar a atividade, que envolve a necessidade de concentrar-se, a perda de noção do tempo, a experiência intrínseca de recompensa e o equilíbrio entre desafio e senso de controle (FERREIRA; BARHAM, 2011; LYUBOMIRSKY, 2008).

Desse modo, considerando que não somente o tempo dedicado às atividades, mas o processo de realização responde pela satisfação e prazer obtidos, os pesquisadores têm buscado desenvolver novos instrumentos que permitam mensurar essa dimensão do fazer humano.

A respeito do envolvimento em atividades, o chamado *flow* ou fluxo, seria um estado psicológico intenso, no qual as pessoas estariam totalmente imersas durante a realização de determinadas atividades que requeiram habilidades e desafie quem as faz. Pesquisa envolvendo idosos a respeito do *flow* e sua associação com o BES encontrou que bons estados de *flow*

implicam em menores escores de afetos negativos e níveis mais elevados de afetos positivos e maior satisfação com a vida (COLLINS; SARKISIAN; WINNER, 2009).

As pesquisas sobre uso do tempo para realização de atividades, na tentativa de identificar quais atividades seriam mais relacionadas ao BES e mais prazerosas em sua realização, começaram por agregar aos diários de tempo, perguntas específicas sobre o quanto as pessoas apreciavam a realização de tais atividades, de uma forma geral ou durante a realização de cada uma das atividades (ROBINSON; MARTIN, 2008).

Um dos métodos de avaliar a experiência de realização de atividades é a chamado Amostragem por experiência, por meio do qual os pesquisadores forneciam um *pager* eletrônico e, aleatoriamente, em algum momento, perguntavam qual era a atividade realizada, as emoções e a felicidade vivenciada para os participantes da pesquisa (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003).

Apesar de os autores afirmarem que seria mais adequado avaliar o prazer em realizar atividades durante a realização das mesmas, esse processo torna-se trabalhoso, complexo e envolve elevado custo financeiro. Além disso, como as avaliações gerais sobre a realização e momentâneas estão altamente correlacionadas, os autores têm recomendado o uso de avaliações gerais sobre a agradabilidade em realizar as atividades (ROBINSON; MARTIN, 2008).

Diante desse cenário, a relação entre o envolvimento em atividades prazerosas e o BES ainda carece de estudos. Zuzanek e Zuzanek (2015), em pesquisa com participantes jovens e adultos, usando a agradabilidade reportada durante as atividades realizadas, identificaram uma contradição: por mais engajados em atividades agradáveis e recompensadoras, os participantes não apresentavam elevados níveis de BES. Apenas para algumas atividades os efeitos emocionais positivos momentâneos e cumulativos convergiram. Os autores afirmam que o método de amostragem por experiência associado ao diário do tempo sugerem que o envolvimento de maneira moderada em atividades agradáveis traz mais efeitos positivos do que o envolvimento intensivo.

Considerando a associação entre a realização de atividades e o bem-estar de idosos, as pesquisas têm recomendado que o envolvimento em atividades possa ser uma estratégia de melhoria da saúde e felicidade nas pessoas idosas. Dessa maneira, implicados em desenvolver estratégias que mantenham níveis de Felicidade, alguns autores começaram a propor pesquisas

que se dedicam a investigar o efeito da realização de atividades intencionais para o aumento e duração do estado de BES, conforme exposto a seguir.

Esses trabalhos procuram desenvolver programas que incluem atividades: a) comportamentais (físicas, meditativas e *mindfulness*, e sociais, direcionadas a práticas de bondade para os outros); b) cognitivas (exercícios de gratidão, perdão e otimismo diante de adversidades); e c) volitivas (definição de metas, esperança, sentido de vida), as quais levariam as pessoas além de terem maiores níveis de Felicidade, mantê-los por mais tempo (HENRICKSEN; STEPHENS, 2010, 2013; LAYOUS; CHANCELLOR; LYUBOMIRSKY, 2014; LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013; MEHRABI; GHAZAVI; SHAHGHOLIAN, 2017; RAMÍREZ et al., 2014).

Um programa de intervenção aplicado com idosos para melhoria dos níveis de Felicidade (*Happiness-enhancing Activities and Positive Practices Inventory* – HAPPI) (HENRICKSEN; STEPHENS, 2010) demonstrou que a prática das atividades propostas teve influência positiva no nível de saúde mental e na felicidade dos idosos participantes.

Com o objetivo de instrumentalizar profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas idosas, muitas vezes com diagnósticos depressivos, Rider, Gallagher-Thompson e Thompson (2004) desenvolveram o *California Older Person's Pleasant Events Schedule* (COPPEs), em 1981. O instrumento trata-se de uma lista com 66 atividades adequadas ao envelhecimento e direcionadas a bons estados de humor. Os autores recomendavam o uso do instrumento pelos profissionais como forma de estimular a participação de seus pacientes nessas atividades prazerosas, uma vez que o instrumento permite a avaliação da frequência e da agradabilidade experimentadas ao realizar atividades prazerosas, as quais estão agrupadas em cinco domínios: *socializing* (socialização), *relaxing* (relaxantes), *contemplating* (contemplativas), *being effective* (efetivas) e *doing* (práticas).

Em pesquisa recente, os autores originais apresentam dados que reforçam o uso do COPPEs como forma de orientar intervenções que produzem redução dos sintomas depressivos entre os idosos atendidos (RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016). Igualmente, o uso do instrumento em contexto espanhol também demonstrou uma associação inversa entre sintomas depressivos e realização de atividades prazerosas pelos participantes (MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014).

O instrumento foi adaptado transculturalmente para o Brasil em 2013 (FERREIRA; BARHAM, 2013) e, em seu processo de validação no contexto brasileiro, passou a se chamar *Older Person's Pleasant Events Schedule – BR*, COPPES-BR, e a conter 67 atividades (FERREIRA, 2015).

Na realidade brasileira, há uma carência de instrumentos que busquem avaliar a participação de pessoas idosas na realização de atividades, sendo o COPPES-BR o único instrumento adaptado e validado no momento em que este estudo foi idealizado e executado.

Assim, a partir das informações apresentadas na presente seção, pôde-se compreender a importância do conhecimento sobre a realização de atividades dentro do cotidiano das pessoas idosas. Esse conhecimento pode ser alcançado por meio de pesquisas que objetivem conhecer quais são as atividades realizadas, o tempo direcionado para as mesmas, com quem são realizadas e qual a percepção das pessoas idosas sobre sua agradabilidade ao fazer atividades. Nesse sentido, o Relógio de Atividades e o COPPES-BR são instrumentos disponíveis no contexto brasileiro que podem ser usados em pesquisas que, como esta, se dediquem a investigar a relação entre o BES e a realização de atividades por idosos.

Com base na sustentação teórica apresentada, esta tese doutoral teve como questões de pesquisa:

- 1) Os idosos que fazem hemodiálise têm mais ou menos Felicidade que os idosos que não fazem o tratamento?
- 2) Os idosos que fazem hemodiálise diferenciam-se quanto ao número de doenças e à autoavaliação do estado de saúde daqueles idosos que não fazem o tratamento?
- 3) Os idosos que fazem hemodiálise apresentam mais ou menos sintomas depressivos que os idosos que não fazem o tratamento?
- 4) Quais são as atividades realizadas pelos idosos que fazem hemodiálise e por aqueles que não fazem o tratamento? O tempo destinado para realização de atividades é diferente entre os idosos que fazem hemodiálise e os que não fazem o tratamento?
- 5) A realização da hemodiálise interfere na realização de quais atividades cotidianas dos idosos no dia do tratamento?
- 6) Há diferença na realização e na percepção de agradabilidade de atividades prazerosas entre idosos que fazem hemodiálise e aqueles que não fazem o tratamento?

- 7) Quais são as variáveis sociodemográficas e de saúde que se associam com a Felicidade dos idosos?
- 8) Quais são as atividades, prazerosas e cotidianas que estão associadas à Felicidade dos idosos?

1.2 Justificativa

O processo de envelhecimento é característica marcante da sociedade contemporânea, porém, ao invés de ser compreendido enquanto uma conquista e sucesso humanos, muitas vezes é compreendido negativamente pelo senso comum, o que é agravado quando associado com a presença de doenças crônicas, como a Doença Renal Crônica.

Nesse sentido, pesquisas que procurem compreender aspectos positivos do processo do envelhecimento, como conhecer o nível de Felicidade e a realização de atividades por idosos, podem contribuir para a mudança do estigma sobre o ser idoso.

Assim, compreender o modo como as pessoas escolhem, envolvem-se, usam o tempo e conseguem desempenhar atividades na velhice pode contribuir para a continuidade do desenvolvimento social da humanidade, pois possibilita identificar desafios e necessidades de adaptação, bem como a criação de políticas sociais que viabilizem a existência humana diante dessa nova realidade.

Apesar da importância e relevância social da realização de pesquisas que procurem avaliar a experiência da velhice atrelada à vivência de uma condição crônica de adoecimento, como é o caso da DRC entre os idosos, no Brasil, elas ainda são incipientes.

O desenvolvimento de estratégias que possibilitem o enfrentamento das problemáticas relacionadas com o convívio com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como a Doença Renal Crônica, e a promoção do envelhecimento saudável, conceito diretamente relacionado à Felicidade na velhice, necessitam de mais atenção por parte dos profissionais de saúde que trabalham com essa população.

Nesse sentido, entre as estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, encontram-se o desenvolvimento de ações que viabilizem a implantação de um modelo de atenção integral em saúde para estimular o envelhecimento ativo e saudável, por meio da prevenção de agravos e ações promotoras de saúde a partir de uma compreensão integral da pessoa (BRASIL, 2011).

O conhecimento e compreensão sobre o nível de Felicidade e a possível relação com envolvimento em atividades prazerosas, o uso do tempo e o estado de saúde em idosos em tratamento hemodialítico, podem contribuir para que sejam desenvolvidos cuidados integrais em saúde que contribuam para o envelhecimento ativo, apesar da condição de adoecimento. Da

mesma forma, estudos como o presente podem servir de fundamentação teórica para o processo de formação de profissionais de saúde que atuam na área da gerontologia.

A partir da sustentação teórica apresentada e das lacunas de conhecimento existentes sobre a temática no cenário nacional, este trabalho busca a análise do nível de Felicidade, estado de saúde, o uso do tempo e o modo de envolvimento com atividades prazerosas, de idosos com Doença Renal Crônica que se encontram em tratamento hemodialítico e idosos que não realizam hemodiálise, comparando os grupos e verificando possíveis associações entre essas variáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as associações da Felicidade, das atividades prazerosas realizadas, do estado de saúde percebido e do uso do tempo entre os idosos em tratamento por hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos;
2. Avaliar e comparar a Felicidade, interpretada como a Satisfação com a Vida e os Afetos Positivos e Negativos entre os idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
3. Avaliar e comparar o estado de saúde e sintomas depressivos entre os idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
4. Avaliar e comparar a realização de atividades prazerosas entre os idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
5. Avaliar e comparar o uso do tempo por idosos em hemodiálise em dias com e sem realização do tratamento;
6. Avaliar e comparar o uso do tempo entre os idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
7. Analisar a relação entre os componentes da Felicidade e as características sociodemográficas, de saúde (doenças clínicas, autoavaliação do estado de saúde e sintomas depressivos), as atividades prazerosas e o uso do tempo de idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e comparativo com delineamento transversal. Como forma de responder aos objetivos, sua realização cumpriu três etapas distintas, a saber: a) aferição das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados; b) estudo das diferenças ou comparativo entre grupos (HD e Comunidade), quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas depressivos, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, atividades prazerosas e uso do tempo; e c) estudo da associação entre as variáveis da Felicidade com variáveis sociodemográficas, clínicas, atividades prazerosas e uso do tempo.

3.2 Locais

A pesquisa foi realizada no Serviço de Nefrologia de São Carlos e nas residências de moradores da cidade de São Carlos cadastrados no Programa HIPERDIA, ou voluntários.

O Serviço de Nefrologia de São Carlos prestava tratamento por hemodiálise a 144 pacientes em 2016, quando foi realizada a pesquisa. O referido serviço é de caráter privado e presta atendimento conveniado à pacientes do Sistema Único de Saúde (público) e do sistema privado provenientes das cidades de São Carlos, Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito. A região atendida contava no censo de 2010 com 355.884 habitantes, dos quais, 221.950 residiam em São Carlos, cidade de médio porte do estado de São Paulo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

O Programa HIPERDIA é uma estratégia do Ministério da Saúde brasileiro que objetiva cadastrar e acompanhar todos os usuários dos serviços ambulatoriais de saúde que apresentem diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* (DATASUS, 2018). Assim, foram consultados os cadastros do Programa HIPERDIA de duas unidades básicas de saúde da cidade de São Carlos: Vila São José e Redenção.

3.3 Aspectos Éticos

Para ter acesso ao cadastro dos pacientes acompanhados nos referidos locais de pesquisa, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, bem como da chefia do Serviço de Nefrologia de São Carlos.

O projeto de pesquisa, inicialmente intitulado “Felicidade e Realização de Atividades Prazerosas de Idosos em Tratamento Dialítico”, foi avaliado e aprovado na 207ª Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo CEP-EERP-USP que ocorreu em 9 de março de 2016, conforme Ofício CEP – EERP/USP nº 074/2016, de 10 de março de 2016 (Anexo A).

Dada a necessidade de ampliar a amostra do estudo, foi realizada emenda e solicitado ao CEP-EERP autorização para mudança do título do projeto e inclusão da Etapa 2 da pesquisa, autorizado conforme parecer número 1.656.032 (Anexo B).

Todos os participantes fizeram a leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), em conjunto com a pesquisadora e/ou auxiliares de pesquisa. Ademais, todos os instrumentos de pesquisa tiveram seu uso autorizado pelos respectivos autores.

3.4 Participantes e Procedimentos de Coleta de Dados

Os participantes deste trabalho estão divididos em dois grupos: a) os que realizavam Hemodiálise, chamado “Hemodiálise”; e b) os que não realizavam este tipo de tratamento, classificado como “Comunidade”.

Como critérios de inclusão para o Grupo Hemodiálise, era necessário: ter 60 anos ou mais; de ambos os gêneros, apresentar diagnóstico de Doença Renal Crônica; realizar tratamento por hemodiálise há, no mínimo, seis meses da data da realização da entrevista; e fazer o tratamento no Serviço de Nefrologia de São Carlos.

Os participantes do Grupo Comunidade foram pareados por gênero e idade, numa razão de dois participantes para cada idoso do grupo Hemodiálise, eram de ambos os gêneros, tinham idade superior a 60 anos e, semelhante a um participante do Grupo Hemodiálise, foi aceita a variação de três anos para mais ou menos. Finalmente, não ter realizado tratamento hemodialítico ao longo da vida e ser residente do município de São Carlos.

Como critério de exclusão, para os dois grupos, foi adotado apresentar déficit cognitivo (detectado pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental – MEEM) ou síndrome demencial diagnosticada, descrita em prontuário médico e que não permitam responder aos instrumentos de coleta de dados.

O grupo Hemodiálise foi composto 41 pessoas com 60 anos ou mais (idosos) que realizavam tratamento dialítico (hemodiálise) no Serviço de Nefrologia de São Carlos entre os meses de março a julho de 2016, durante a Etapa 1 da coleta de dados.

Por sua vez, o grupo Comunidade contou com 82 idosos participantes, acompanhados pelo Programa HIPERDIA nas Unidades Básicas de Saúde Redenção e Vila São José. Nesse grupo, também houve idosos que se voluntariaram a participar da pesquisa. Essa Etapa 2 da coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2016.

Como técnica de coleta de dados, foi adotada a entrevista estruturada com uso de instrumentos que serão descritos no tópico seguinte.

Na Etapa 1 da coleta de dados, o convite à participação e entrevistas foram realizados durante as sessões de hemodiálise, a fim de não prejudicar a organização cotidiana dos participantes da pesquisa. Para isso, foi solicitado ao serviço o levantamento dos idosos que faziam hemodiálise, bem como a data de início do tratamento e dias da semana e turnos em que os idosos frequentavam o serviço.

Com as informações, foi elaborada uma planilha organizada por dias da semana e turnos e uma agenda de coleta de dados entre a pesquisadora e auxiliares de pesquisa, as quais serão apresentadas mais à frente. Às quintas e sextas-feiras, entre os meses de março a julho de 2016, os idosos foram convidados a participar do estudo.

Durante a Etapa 1 da coleta de dados, 54 idosos faziam o tratamento hemodialítico, dentre os quais cinco não eram elegíveis para a participação, pois não estavam mais em tratamento quando seriam convidados a participar do estudo (um interrompeu o tratamento, dois foram internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e dois faleceram). Dos 49 restantes, houve duas recusas à participação e cinco exclusões, pois os idosos apresentaram indicativas de déficit cognitivo no Mine Exame do Estado Mental – MEEM que os impediam de responder aos demais instrumentos de coleta de dados.

Na Etapa 2, inicialmente, as pesquisadoras procuraram as duas Unidades Básicas de Saúde e fizeram a revisão de 1089 prontuários médicos de usuários cadastrados no Programa

HIPERDIA, dentre esses, 760 idosos. Respeitando as características do pareamento com o grupo Hemodiálise, foram então feitos contatos via telefone e o convite para a participação. Quando o idoso aceitava participar, era então feito o agendamento da visita e as entrevistas eram conduzidas nas casas dos idosos.

Apesar do número considerado de idosos cadastrados no Programa HIPERDIA, houve dificuldade para contatar os idosos, pois muitos telefones estavam desatualizados e algumas pessoas recusavam-se a participar. Entretanto, a realização da pesquisa foi noticiada em um telejornal regional e 15 idosos contataram a pesquisadora responsável e voluntariaram-se à participação na pesquisa. A Figura 1 ilustra a composição dos grupos de participantes do estudo.

As entrevistas eram realizadas num único encontro e tiveram duração de 60 a 180 minutos. Inicialmente, era feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, na sequência, aplicados os instrumentos a seguir descritos.

Figura 1 - Fluxograma dos participantes por grupos

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

3.4.1 Capacitação das Auxiliares de Pesquisa

A equipe de coleta de dados foi inicialmente composta pela pesquisadora e seis auxiliares de pesquisa, estudantes do 3º, 5º e 9º períodos do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, local onde a pesquisadora trabalha como docente.

A capacitação das auxiliares de pesquisa foi realizada pela pesquisadora e por uma convidada e teve duração de 20 horas. Durante essas horas, foi realizada a apresentação do projeto com sua fundamentação teórica e feito o treinamento para aplicação do protocolo de coleta de dados composto pelos instrumentos.

A convidada responsável pela capacitação para uso do instrumento COPPES-BR foi a pesquisadora responsável pelo processo de tradução e validação para o Brasil do mesmo. Os demais instrumentos (Questionários Sociodemográficos e Clínico, MEEM, GDS-15, ESV, EAPN e Relógio de Atividades) foram apresentados pela pesquisadora responsável por este estudo.

A fase de capacitação permitiu a familiarização com os instrumentos, por meio de recursos de aprendizagem como discussões, simulações e a participação de uma idosa voluntária convidada entrevistada pela pesquisadora responsável com a observação pelas auxiliares. Ao final da entrevista, as auxiliares puderam tirar dúvidas tanto com a pesquisadora responsável, quanto com a idosa, a respeito do tempo de realização e sensações frente a ser entrevistada.

Após esse processo, o treinamento teve continuidade com a realização de entrevistas de idosos no Serviço de Nefrologia de São Carlos. Nessa fase da capacitação, as auxiliares de pesquisa, individualmente, observaram a pesquisadora a realizar a entrevista com um idoso e, posteriormente, realizavam a entrevista de outro idoso sendo observadas pela pesquisadora. Entre e após as entrevistas, dúvidas eram esclarecidas e orientações sobre conduta fornecidas.

Após o processo descrito anteriormente, as auxiliares de pesquisa mostraram habilidades satisfatórias para a realização das entrevistas de modo independente. Porém, uma das auxiliares de pesquisa apresentou problemas de saúde e não pôde continuar a participar do estudo. Encerrada a capacitação, a pesquisadora e as cinco auxiliares deram andamento à coleta dos dados na Etapa 1 com idosos que faziam hemodiálise.

Para a Etapa 2, referente às entrevistas de idosos que não faziam hemodiálise, a pesquisadora responsável criou um guia para orientar a forma como o contato telefônico deveria ser realizado, acompanhou alguns contatos iniciais feitos pelas auxiliares e, posteriormente,

acompanhou as cinco auxiliares durante a realização de suas primeiras entrevistas na residência dos participantes.

Durante o processo de realização de entrevista no contexto domiciliar, uma auxiliar apresentou dificuldades importantes na condução da entrevista e deixou de pertencer à equipe. Assim, para a Etapa 2 de coleta dos dados, a equipe foi composta pela pesquisadora responsável e por quatro auxiliares de pesquisa.

3.5 Instrumentos

Para realização de entrevistas, foram utilizados os instrumentos que serão descritos nesta seção. Todos os instrumentos já haviam sido utilizados em pesquisas anteriores no Brasil, tendo sido traduzidos e validados (com exceção do Relógio de Atividade). O protocolo de coleta de dados é composto de oito instrumentos, que se referiam às: a) características sociodemográficas e clínicas; b) autoavaliação do estado de saúde; c) capacidade cognitiva; d) sintomas depressivos; e) felicidade; f) realização de atividades; e g) uso do tempo.

De acordo com a ordem de aplicação, foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário Sociodemográfico e Clínico; b) Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994); c) Escala de Depressão em Geriatria - versão reduzida (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999); d) Escala de Satisfação com a Vida (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010); e) Escala de Afetos Positivos e Negativos (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010); f) *California Older Person's Pleasant Events Schedule* – BR COPPE-BR (FERREIRA, 2015); g) Relógio de Atividades (EMMEL et al., 2002).

3.5.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica e Autoavaliação do Estado de Saúde

Para obter informações sobre as características sociodemográficas e clínicas, foi aplicado aos participantes o Questionário Sociodemográfico e Clínico (Apêndice C) adaptado do instrumento desenvolvido por Kusumota (2005).

As informações sociodemográficas obtidas foram: idade, sexo, naturalidade, procedência, local de residência (meio urbano ou rural), estado conjugal, número de filhos, anos de

escolaridade, situação laboral, atividade profissional exercida, renda, informações do domicílio (se é próprio) e com quem vive.

Sobre as características clínicas e do tratamento, os dados referem-se ao tempo de diagnóstico de doença renal crônica (DRC), tempo de tratamento, outras doenças, complicações clínicas, causa da DRC, realização de transplante renal prévio, necessidade de auxílio para realização de atividades e acompanhamento prévio por terapeuta ocupacional e psicólogo e recebe acompanhamento de algum familiar para fazer o tratamento. Para o grupo de idosos que não realiza tratamento dialítico, foram suprimidos os itens relacionados à DRC e hemodiálise.

Também havia uma questão sobre como o idoso percebia sua própria saúde, para a qual o mesmo devia responder, numa escala de 1 – Excelente a 5 – Ruim, ou seja, uma forma direta e simples de autoavaliar o estado de saúde que tem sido recomendada por outros autores (MORENO; HUERTA; ALBALA, 2014; PAVÃO; WERNEK; RODRIGUES, 2013; WU et al., 2013).

3.5.2 Avaliação Cognitiva

Para avaliar a capacidade cognitiva dos participantes, foi usado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo C), desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e traduzido e adaptado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994). É um instrumento de rastreamento de deterioração cognitiva, utilizado internacionalmente, que fornece informações sobre diferentes dimensões cognitivas, tais como orientação, memória, cálculo e linguagem (MELO; BARBOSA, 2015).

O MEEM apresenta indicativos de presença de demência de acordo com escores obtidos pela pessoa relacionada com seu nível de escolaridade. Assim, a presença de possível demência para pessoas altamente escolarizadas (mais que onze anos de estudo) tem como ponto de corte o valor menor que 26 pontos, para pessoas que cursaram ginásio (até oito anos de estudo) valor menor que 18, e pessoas analfabetas, valor menor que 13 (BERTOLUCCI et al., 1994). No processo de validação para a população brasileira, apresentou boas qualidades psicométricas, de acordo com o nível escolar: pessoas altamente escolarizadas (especificidade 95,6%, sensibilidade 80%), para pessoas que cursaram ginásio (especificidade 96,6%, sensibilidade 75,6%) e pessoas analfabetas (especificidade 97,5%, sensibilidade 82,4%) (BERTOLUCCI et al., 1994).

3.5.3 Sintomas Depressivos

A Escala de Depressão em Geriatria - versão reduzida (Anexo D) é composta de 15 itens (GDS-15) (SHEIKH; YESAVAGE, 1986) e representa um dos instrumentos mais utilizados para detecção de sintomas depressivos graves e leves do idoso, tanto em pesquisas, quanto na prática clínica. No Brasil, a GDS-15 foi traduzida e validada por Almeida e Almeida (1999) e que, com o ponto de corte 5/6, apresentou sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9%. Tem sido amplamente utilizada em contextos ambulatoriais e enfermarias clínicas (SANTOS; SANTOS, 2015; SIVERTSEN et al., 2015).

Além disso, como o objetivo de estudar a relação entre a manifestação de sintomas depressivos com outras variáveis, foi utilizada a escala contínua de modo a cobrir toda a amplitude da variação dos sintomas depressivos. Ademais, para comparar o grupo quanto à incidência de sintomas depressivos, foi adotado o mesmo ponto de corte da validação da escala (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999), ou seja, valores iguais ou superiores a seis indicavam presença de sintomas depressivos.

3.5.4 Felicidade

O Bem-Estar Subjetivo tem sido referenciado como medida objetiva para os estudos sobre a Felicidade (DIENER, 2009; TOV, 2018). Desse modo, para avaliar o nível de Felicidade, nas dimensões cognitiva e afetiva do Bem-Estar Subjetivo, adotado como medida objetiva da Felicidade, foram utilizadas: 1) a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) (DIENER; EMMONS, 1985), que permite uma avaliação cognitiva global da satisfação pessoal do indivíduo em relação à sua vida – adaptada e validada com a população idosa no Brasil (RODRIGUES et al., 2007); e 2) a Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN) (DIENER; EMMONS, 1985) que avalia a vertente associada aos afetos vivenciados pelas pessoas, também validada à população brasileira de idosos (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010).

A ESV (Anexo E) é um instrumento composto de cinco afirmações por meio das quais a pessoa avalia, de acordo com sua percepção, o quão satisfeita está com sua vida no momento. Na validação com idosos brasileiros, passou a ter quatro itens, aos quais as pessoas respondem numa

escala tipo *Likert* que vai de 1 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente), sendo que o valor 10 representam maior nível de satisfação.

A EAPN (Anexo F) é uma escala com dez sentimentos e emoções, sendo cinco positivos e cinco negativos, para os quais as pessoas os referiam ter sentido recentemente numa escala tipo *Likert* que vai de 1 (nada) a 10 (extremamente).

Ambos os instrumentos terão as propriedades psicométricas apresentadas na seção de Resultados.

3.5.5 Atividades Prazerosas

O envolvimento em atividades prazerosas foi avaliado por meio da escala *California Older Person's Pleasant Events Schedule – BR*, COPPES-BR. A COPPES-BR é um instrumento desenvolvido originalmente na língua inglesa (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004) e adaptado e validado para o Brasil por Ferreira, em 2015. A versão brasileira é composta de 67 atividades, para as quais os idosos devem indicar a frequência da realização e prazer subjetivo relacionado à realização da atividade. Apesar de ter seu uso autorizado pelas pesquisadoras para este estudo, não é um instrumento de acesso livre.

O instrumento apresenta duas subescalas – frequência e agradabilidade –, para os quais as pessoas respondem entre de 0 e 2, o quantas vezes realizam cada uma das atividades no último mês (0-nenhuma vez; 1-uma até seis vezes; 2-mais que seis vezes) e o quão agradável percebem as mesmas (0-nada agradável; 1-pouco agradável; 2-muito agradável). As propriedades psicométricas do COPPES-BR serão apresentadas na seção de Resultados.

O instrumento COPPES-BR não será apresentado na íntegra neste trabalho devido ao seu uso necessitar ser autorizado pela autora que o traduziu e validou para o Brasil (FERREIRA, 2015).

3.5.6 Uso do Tempo

O uso do tempo foi acessado por meio do Relógio de Atividades adequado a este estudo (Apêndice D), a partir do instrumento adaptado por Emmel et al. (2002) e readaptado por Zaiden (2014), que tem por objetivo identificar a média de tempo que a pessoa usa para realizar

atividades ao longo de um dia. Na versão original, é composto de dois relógios com círculos concêntricos desenhados em uma folha de papel: um representando os dias da semana (segunda a sexta-feira) e outro os finais de semana (sábado e domingo).

O relógio contém divisões de 24 horas, separadas por feixes de trinta minutos. Os círculos concêntricos permitem que atividades concomitantes sejam identificadas. É solicitado que o participante informe o número médio de horas usadas em atividades cotidianas, como: 1-Sono; 2-Trabalho; 3-Estudo; 4-Atividades de Vida Diária; 5-Lazer; 6-Hemodiálise; 7-Atividades de Socialização; 8-Atividades com a Família; 9-Atividades só para mim; 10-*Internet (WhatsApp, Facebook etc.)*; e 11-Outros (as atividades contidas em Outros devem ser descritas). Cada uma dessas atividades é representada por uma cor pré-definida, devendo o participante preencher o relógio com as cores relativas às categorias de atividades.

Para este trabalho, no grupo Hemodiálise, foram apresentados três relógios: um para domingos e outros dois para dias da semana, com e sem realização de tratamento dialítico. Já para o grupo Comunidade, foram apresentados apenas dois relógios: uma para os dias da semana e outro para o final de semana.

A aplicação do instrumento permite quantificar o total de horas dedicado para cada uma das atividades, com intervalos mínimos de 30 minutos e máximo de 24 horas. Entretanto, cabe dizer que os entrevistados podiam indicar a realização de mais de uma atividade ao mesmo tempo, de forma que a somatória das horas em um dia poderia ser superior às 24 horas cronológicas de um dia. Neste estudo, não foi analisada de modo qualitativo a realização de atividades concomitantemente e sim considerados os totais empregados para cada atividade.

3.6 Estudo Piloto

Foi realizado estudo piloto com alguns integrantes da população-alvo para que fossem verificadas possíveis dificuldades relacionadas à aplicação dos instrumentos, como ordem dos mesmos, tempo real de aplicação, pertinência ao local de aplicação e realizada a fase final da capacitação das auxiliares da pesquisa para a coleta dos dados.

Assim, o Estudo Piloto compreendeu a seleção e treinamento das auxiliares de pesquisa para coleta de dados, bem como a entrevista de 12 idosos.

Os participantes dessas entrevistas estão incorporados no grupo dos idosos em Hemodiálise. O estudo piloto foi realizado em duas semanas entre os meses de março e abril de 2016.

Dessa forma, foram entrevistados 12 idosos, sendo nove do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre 61 e 80 anos (média de 68 anos e mediana de 67 anos). Para esses idosos, o tempo de hemodiálise variou entre um ano e nove meses (menor tempo) e 16 anos e 11 meses de tratamento.

Não foram identificadas dificuldades de compreensão dos instrumentos pelos idosos no Estudo Piloto.

3.7 Análise dos Dados

Os dados, após coletados, foram inseridos em planilhas elaboradas no Microsoft Excel, com dupla digitação, validação e conferência. Na sequência, foi feita a importação dos dados para que as análises estatísticas fossem realizadas no programa estatístico *Statistical Package of Social Sciences*, versão 24.

As primeiras análises foram direcionadas a averiguar as qualidades psicométricas dos instrumentos de avaliação padronizados utilizados para coleta dados, sendo realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC), por se tratarem de instrumentos com uso conhecido entre a população de idosos.

Para verificar a normalidade da distribuição dos dados (pressuposto para utilização de testes paramétricos), foram analisados os índices de assimetria (sk), sendo aceitos valores inferiores a três, e curtose (ku), valores inferiores a dez (KLINE, 2011). Os parâmetros usados para avaliar a qualidade do ajustamento dos modelos para os instrumentos e seus respectivos valores admitidos, foram: $X^2/g.l.$ (qui-quadrado ajustado) < 5 ; CFI $>$ (*Comparative Fit Index*) 0.90; GFI (*Goodness-of-fit-index*) > 0.90 ; RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) < 0.08 . Como forma de validar os fatores do modelo, foram unicamente admitidos itens com peso fatorial (λ) maiores que 0.30. A consistência interna dos instrumentos foi avaliada por meio do coeficiente de α de *Cronbach*, admitindo-se valores superiores a 0.7 e, excepcionalmente, 0.65 (MARÔCO, 2014).

Assim, os resultados das AFCs dos instrumentos Escala de Depressão em Geriatria abreviada, Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Afetos Positivos e Negativos, e do *California Older Person's Pleasant Events Schedule* – BR, COPPES-BR, compõem a primeira parte da seção de resultados deste trabalho.

Após garantidas as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, procedeu-se às análises estatísticas descritivas, ou seja, frequência univariada, medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (amplitude interquartílica, desvio-padrão).

Por não se tratar de escalas, tanto o questionário Sociodemográfico e Clínico quanto o Relógio de Atividades não foram avaliados psicometricamente. O mesmo ocorreu com o Mini Exame do Estado Mental, por ser instrumento amplamente utilizado nas pesquisas e clínica com a população idosa e por ter sido unicamente utilizado para rastreio no presente estudo, com o fim de excluir da amostra idosos com déficits cognitivos que impedissem de responder aos demais instrumentos.

O teste *t* de *Student* foi utilizado para testar se os grupos de idosos em HD e Comunidade eram equivalentes para variáveis sociodemográficas e clínicas de caráter contínuo. Para as variáveis categóricas, foi usado o teste Qui-Quadrado. Os testes foram realizados após testar se os dados seguiam distribuição normal.

Como foi identificado que os grupos diferiam quanto ao nível de escolaridade e nível de comorbidade, a necessidade de seu controle em análises subjacentes impôs-se e, para tal, essas duas variáveis foram transformadas de variáveis contínuas para variáveis categóricas. Posteriormente, passaram a ser consideradas variáveis moderadoras nas análises subsequentes de comparação entre os grupos.

Dessa maneira, para comparar os grupos quanto às variáveis relacionadas à autoavaliação do estado de saúde, à felicidade (afetos positivos, negativos e satisfação com a vida) e aos sintomas depressivos, foram feitas ANOVAS multifatoriais (análises de variância) a dois fatores (2X2) – realização de hemodiálise por nível de escolaridade e realização de hemodiálise por número de doenças –, com objetivo de verificar se havia um efeito principal e de interação desses fatores sobre os indicadores de Felicidade e sintomas depressivos.

Para as variáveis referentes à realização de atividades prazerosas, inicialmente foi feito o teste de correlação de Spearman para verificar se os subdomínios agradabilidade, frequência e prazer obtidos dos fatores das atividades de socialização, relaxantes, práticas e de competência

estavam correlacionados. Tendo em vista a correlação positiva, foram conduzidas MANOVAS, análises de variância multivariadas, a dois fatores, incluindo, por um lado, grupo Hemodiálise e grupo Comunidade e, pelo outro, nível de escolaridade, ou número de doenças, respectivamente. Essas análises permitiram identificar efeitos principais e de interação desses fatores, bem como controlar as correlações entre as variáveis dependentes.

Os dados referentes ao uso do tempo dos participantes foram analisados em três etapas: a) comparação entre os grupos HD e Comunidade em dias da semana sem tratamento e domingo; b) comparação desses grupos considerando dia da semana de tratamento para o grupo Hemodiálise e dia da semana (sem tratamento) para grupo Comunidade; e c) comparação entre dias da semana com e sem tratamento para idosos em Hemodiálise.

Inicialmente, verificou-se a normalidade da distribuição das horas de realização das atividades. As variáveis Sono, Atividades de Vida Diária, Lazer, Socialização, Atividades com a Família e Sozinho apresentaram distribuição normal e, para elas, foram então conduzidas ANOVAS de medidas repetidas multifatoriais que permitiram avaliar o efeito da alternância dos dias da semana (dias sem tratamento e domingo) (fator intrassujeito), bem como da realização da hemodiálise (1º fator intersujeito) do nível escolar e do número de doenças (2º fatores intersujeito) sobre o tempo dedicado a cada uma dessas atividades. Já para as atividades Descanso, Estudo, Trabalho, *Internet* e Outros, quando apresentaram distribuição não normal, foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para comparar o uso do tempo em dias de realização de tratamento para os idosos que fazem hemodiálise com o uso do tempo de idosos que não fazem o tratamento em um dia da semana comum, foi realizado o teste *t-Student* para as variáveis Sono, Atividades de Vida Diária, Lazer, Socialização, Atividades com a Família e Sozinho.

Para comparar o uso do tempo dos idosos que fazem Hemodiálise nos dias com tratamento, sem tratamento e domingo, foram conduzidas duas ANOVAS de medidas repetidas a um fator, nível escolar e nível de comorbidade.

Ao final, foram realizados testes de correlação de Pearson entre as variáveis que compõem o constructo da Felicidade, nomeadamente a Satisfação com a vida e os afetos Positivos e Negativos, bem como as variáveis sociodemográficas, clínicas, as atividades prazerosas e o uso do tempo, para avaliar a força das suas associações.

4 RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os resultados das análises dos dados realizadas como forma de responder aos objetivos deste estudo. Inicialmente, apresentam-se as Análises Fatoriais para os instrumentos relativos à mensuração da Felicidade e à realização de Atividades prazerosas. A seguir, como se trata de estudo comparativo, serão previamente realizadas análises que avaliam a equivalência dos grupos para as variáveis. Nos casos de falta de equivalência entre os grupos para determinadas variáveis, o efeito destas será controlado nas análises subsequentes.

4.1 Avaliação Qualidades Psicométricas dos Instrumentos

Nesta seção serão apresentadas as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados neste estudo.

4.1.1 Escala de Depressão em Geriatria – Abreviada (GDS-15)

A Escala de Depressão em Geriatria em sua versão abreviada é composta de 15 itens e foi utilizada não com o objetivo de diagnosticar a depressão, mas de rastrear e quantificar sintomas depressivos nos idosos participantes desta pesquisa.

No Brasil, a versão original (SHEIKH; YESAVAGE, 1986) foi traduzida e teve suas propriedades psicométricas avaliadas por Almeida e Almeida (1999), sendo considerada unifatorial e adequada para aplicação com a população brasileira, apresentando boa consistência interna ($\alpha = 0.810$). Seus 15 itens possuem afirmativas para as quais os participantes devem responder sim ou não, sendo que alguns itens estão invertidos para evitar viés de respostas.

No presente estudo foi realizada análise fatorial confirmatória (AFC) em que a GDS-15 confirmou ter propriedades psicométricas adequadas para a amostra do presente estudo ($X^2/g.l. = 1.221$; CFI = 0.946; GFI = 0.898; RMSEA = 0.042) e boa consistência interna, com valor aproximado do processo de validação ($\alpha = 0.813$) (Apêndice E).

Os itens 9 e 10 apresentaram cargas fatoriais inferiores a 0,3, contudo foram mantidos pois sua retirada desestabilizava o modelo proposto para a escala. No modelo, foi feita uma associação entre os erros 10 e 15 e erros 8 e 14 (Apêndice D).

Apesar dos valores do GFI estarem um pouco inferiores ao esperado, provavelmente associada ao fato de se tratar de itens com resposta dicotômica, o que reduz a variação das respostas, essa escala foi considerada adequada para o uso no presente estudo.

4.1.2 Escala de Satisfação com a Vida – ESV

A Escala de Satisfação com a Vida foi usada como forma de avaliar a dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo ou Felicidade. Originalmente de língua inglesa (DIENER et al., 1985), após atualização (PAVOT; DIENER, 1993) é composta de cinco afirmações para as quais o entrevistado responde numa escala do tipo *Likert* entre (1) discordo totalmente a (7) concordo totalmente, apresentando uma estrutura unifatorial.

Essa escala foi traduzida e validada para uma amostra de estudo de idosos no Brasil (RODRIGUES et al., 2007), apresentando boa consistência interna ($\alpha = 0.760$). Porém, em novo estudo de validação com idosos, os pesquisadores encontraram consistência interna insatisfatória devido ao baixo peso fatorial do item cinco ($\lambda = 0,105$) da escala. Dessa forma, esse item foi suprimido e a referida escala passou a ser composta por quatro itens, para os quais os entrevistados respondiam entre (1) discordo totalmente a (10) concordo totalmente e apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0.847$) (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010). Os autores justificaram o emprego de escalas decimais, pois a população brasileira está mais habituada a esse sistema métrico.

Essa estrutura unifatorial composta de quatro afirmativas foi testada com os participantes do estudo atual numa Análise Fatorial Confirmatória. O modelo apresentou bom ajustamento ($X^2/g.l. = 0.740$; CFI = 1.000; GFI = 1,000; RMSEA > 0.001) e boa consistência interna ($\alpha = 0.805$), embora tenha sido necessária uma associação entre os erros 1 e 4 (Apêndice F).

4.1.3 Escala de Afetos Positivos e Negativos

A dimensão afetiva da Felicidade foi mensurada por meio da Escala de Afetos Positivos e Negativos em sua versão validada para o Brasil com idosos (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010). A escala foi desenvolvida em língua inglesa por Diener e Emmons (1985),

sendo composta de quatro afetos positivos e cinco negativos para os quais os participantes deveriam responder, numa escala tipo *Likert*, entre (1) nada e (7) extremamente.

A validação da escala com a população brasileira foi realizada por Chaves (2003), por meio da qual a autora propôs a inclusão de mais um afeto positivo, passando a escala a ter cinco afetos positivos e cinco negativos, para os quais os entrevistados deveriam responder entre (1) nada e (10) extremamente. No trabalho de validação, a escala apresentou estrutura bifatorial (afetos positivos e negativos) e boas propriedades de ajustamento e consistência internas (Apêndice G).

No presente estudo, foi realizada AFC da estrutura bifatorial como propôs Chaves (2003), sendo encontrados bons índices de ajustamento ($X^2/\text{g.l.} = 1.807$; CFI = 0.935; GFI = 0.914; RMSEA > 0.080) e de consistência interna, tanto para os afetos positivos ($\alpha = 0.815$) quanto para os afetos negativos ($\alpha = 0.753$), com a amostra deste estudo.

4.1.4 *California Older Person's Pleasant Events Schedule* – BR - COPPES-BR

O *California Older Person's Pleasant Event Schedule* - COPPES é um instrumento criado por pesquisadores americanos com objetivo de instrumentalizar a prática clínica de profissionais que trabalham com idosos depressivos e necessitam encontrar estratégias para estimular vivências positivas e, assim, promover a saúde mental (RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016).

A primeira versão do COPPES foi criada para avaliar o envolvimento de idosos em atividades prazerosas (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004) contava com 66 atividades para as quais os entrevistados deveriam responder a respeito da agradabilidade e da frequência de realização no último mês. Os autores nesse momento realizaram Análises Fatoriais Exploratórias e de *clusters* e apresentaram uma proposta de estrutura fatorial em que são considerados 46 itens distribuídos em cinco fatores: *Socializing* - Socialização (8 itens); *Relaxing* - Relaxamento (12 itens); *Contemplating* - Contemplação (9 itens); *Being Effective* - Competência (9 itens); e *Doing* – Atividades práticas (8 itens). Os fatores ou domínios apresentaram boa consistência interna tanto para a subescala de frequência quanto para a de agradabilidade, alfa de *Cronbach*, variando entre 0.63 e 0.86 (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004).

Em sua tradução e validação para uso com a população idosa brasileira (FERREIRA, 2015), na tradução semântica, a escala passou a ter 67 atividades, as quais foram submetidas à Análise Fatorial Confirmatória, para as subescalas frequência, agradabilidade, além da subescala prazer obtido incluída pela autora, que se trata do produto das escalas frequência e agradabilidade. A AFC demonstrou que a estrutura de cinco domínios proposta pelos autores originais não se aplicava à população brasileira.

Dessa forma, a autora realizou Análises Fatoriais Exploratórias (AFE), considerando apenas a subescala de frequência, dado que as subescalas frequência, agradabilidade e prazer obtido estavam correlacionadas. A partir das AFEs, Ferreira (2015) propôs uma estrutura quatro fatores com 47 itens: atividades sociais e de competência (21 itens), atividades contemplativas (14 itens), atividades práticas (9 itens) e atividades intelectuais (3 itens). Essa estrutura fatorial apresentou boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* variando entre 0.70 e 0.94 para a subescala de frequência e, para a subescala de agradabilidade, entre 0.72 e 0.90.

No presente trabalho, inicialmente foi realizada a AFC segundo os domínios propostos na validação com a população brasileira de Ferreira (2015). Tendo em vista a importância do dimensionamento amostral para a realização de AFCs, Marôco (2014) recomenda que sejam necessárias ao menos cinco observações por variável do modelo, ou seja, para que a AFC tenha boa qualidade, para cada item do instrumento são necessários ao menos cinco participantes respondentes. Assim, como este estudo apresenta apenas 126 participantes, as AFCs foram realizadas separadamente para cada fator proposto por Ferreira (2015). Os pesos fatoriais dos itens para os quatro fatores do COPPES-BR são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise Fatorial Confirmatória COPPES-BR (subescala frequência) versão Ferreira, 2015.
São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

I Sociais e de Competência			II Contemplativas			III Práticas			IV Intelectuais		
Item	λ	p	Item	λ	p	Item	λ	p	Item	λ	p
54	,637	*	66	,786	*	13	,843	*	34	,593	
39	,547	*	35	,561	*	27	,754	*	42	,584	,004
62	,496	*	44	,497	*	57	,321	,002	46	,494	,003
2	,472	*	9	,433	*	8	,289	,006			
40	,465	*	22	,396	*	17	,155	,126			
7	,457	*	37	,372	*	60	,139	,167			
52	,452	*	18	,369	*	33	,080	,427			
45	,449	*	25	,280	,007	56	,016	,874			
19	,439	*	1	,255	,014	20	-,011	,911			
10	,406	*	50	,189	,065						
36	,391	*	38	,169	,102						
16	,340	,001	11	,080	,434						
26	,334	,001	55	-,033	,750						
53	,307	,003	30	,030	,771						
31	,302	,003									
23	,297	,004									
59	,259	,012									
41	,256	,012									
65	,177	,080									
49	-,040	,687									
63	,034	,730									

λ = peso fatorial; p = p valor; * $p < 0,001$.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Apesar dos itens 17, 30, 38, e 59 apresentarem distribuição não normal segundo os critérios de Kline (2011), com valores superiores a 3 para assimetria e 10 para curtose, esses itens foram mantidos na AFC. Como pode ser observado, esses itens apresentaram cargas fatoriais inferiores a 0.30 e, mesmo com a tentativa de sua retirada dos fatores, não havia melhora suficiente dos índices de ajustamento e de confiabilidade para os modelos.

Além desses itens, 19 outros apresentaram cargas fatoriais inferiores a 0.30 e, mesmo com a retirada desses itens e realização de novas AFCs, os modelos não apresentavam índices de ajustamento satisfatórios, de forma que a escala passaria a considerar apenas 28 dos 47 da estrutura fatorial proposta.

Assim, como pode ser constatado na Tabela 2, não foram encontrados índices de ajustamento e de consistência interna suficientemente adequados para o COPPES-BR, segundo o proposto por Ferreira (2015).

Tabela 2 - Índices de Ajustamento e de Confiabilidade para COPPES-BR (subescala frequência) versão Ferreira, 2015. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Fator	$\chi^2/g.l.$	CFI	GFI	RMSEA	α de Cronbach
I Sociais e de Competência	1.138	0.908	0.862	0.033	0.721
II Contemplativas	1.573	0.809	0.886	0.068	0.642
III Práticas	1.261	0.932	0.949	0.046	0.507
IV Intelectuais	-	1.000	1.000	-	0.568

$\chi^2/g.l.$ = qui-quadrado ajustado; CFI = *Comparative Fit Index*; GFI = *Goodness-of-fit-index*; α de Cronbach = coeficiente de α de Cronbach.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Diante dessa realidade, a conduta adotada foi retornar à estrutura fatorial inicial para os itens do COPPES-BR segundo os cinco fatores propostos pelos autores na versão original (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004) e realizar a sua validação através de uma AFC.

Os autores originais (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004) fazem uma proposta de cinco fatores, nos quais estão distribuídos os 66 itens, que se tornaram 67 na tradução para o Brasil.

A subescala de agradabilidade foi escolhida para a realização da AFC neste trabalho como forma de repetir os procedimentos adotados pelos autores do instrumento, que objetivavam evitar possível viés que a escala de frequência poderia ter por estar associada à oportunidade de fazer determinadas atividades em detrimento de outras (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004). Além disso, foi verificado que a frequência e a agradabilidade estão correlacionadas.

Previamente, foi verificada a normalidade de todos os 67 itens para a subescala de agradabilidade do COPPES-BR, onde os itens 15, 17, 19, 35, 38, 43, 58, 61 e 67 apresentaram distribuição não normal de acordo com os valores de assimetria (< 3) e curtose (< 10) adotados neste trabalho (KLINE, 2011).

No entanto, optou-se pela manutenção dos mesmos nos fatores para a realização das AFCs. Marôco (2014) alerta que o não cumprimento do pressuposto da normalidade na

realização de Análises Fatoriais pode elevar o valor do teste do Qui-quadrado, sendo necessária maior atenção a esse parâmetro de ajustamento do modelo, o que foi realizado. Neste estudo, na realização das AFCs, para cada um dos fatores, inicialmente eram inseridos nos modelos todos os itens descritos, embora, posteriormente, os itens que tiveram carga fatorial abaixo de 0.30 tenham sido excluídos. Dos itens com distribuição não normal, apenas os itens 38, 67 (fator socialização) e 58 e 61 (fator relaxantes) foram mantidos nos modelos por apresentarem carga fatorial superior a 0.3 e sua manutenção não feriu gravemente os índices de ajustamento.

Assim, a Tabela 3 apresenta a estrutura fatorial adotada para o presente trabalho conforme os cinco fatores, com os respectivos itens e seus pesos fatoriais para a subescala de Agradabilidade, num total de 39 itens. Os nomes dos fatores originais serão apresentados segundo a primeira tradução para a versão brasileira (FERREIRA, 2015).

Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória COPPES-BR (subescala agradabilidade) versão Rider, Gallagher-Thompson e Thompson, 2004.
São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

I Socialização			II Relaxantes			III Contemplativas			IV Competência			V Práticas		
Item	λ	p	Item	λ	p	Item	λ	p	Item	λ	p	Item	λ	p
58	0,688	*	67	0,716	*	50	0,775	*	65	0,685	*	56	0,748	*
66	0,642	*	25	0,617	*	37	0,543	*	36	0,624	*	47	0,678	*
48	0,58	*	29	0,608	*	11	0,369	0,004	31	0,577	*	20	0,485	*
28	0,544	*	38	0,487	*	64	0,320	0,009	12	0,532	*	63	0,436	*
44	0,495	*	22	0,477	*	4	0,296	0,014	45	0,509	*	27	0,321	0,003
52	0,465	*	6	0,472	*				40	0,431	*	13	0,293	0,006
32	0,457	*	18	0,440	*				21	0,396	*			
39	0,431	*	54	0,437	*				16	0,306	0,003			
61	0,428	*	53	0,403	*									
23	0,384	0,001	62	0,323	0,002									

λ = peso fatorial; p = p valor; * $p < 0,001$.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

No modelo do fator das atividades de socialização foi feita uma associação entre os erros 39 e 52 e erros 32 e 58 (Apêndice H); para o fator atividades de competência entre os erros 12 e 36 e erros 16 e 40 (Apêndice K); para as atividades práticas foi preciso associar os erros 13 e 27 (Apêndice L); para os fatores atividades contemplativas (Apêndice J) e relaxantes (Apêndice I) não foi necessária a associação de erros.

Considerando a correlação elevada entre frequência e agradabilidade e seguindo o exemplo dos autores originais, a estrutura da agradabilidade foi também testada para a frequência.

Na Tabela 4, é possível observar os índices de ajustamento e de confiabilidade dos cinco fatores para o COPPES-BR na amostra do estudo atual. De acordo com os dados, o fator III Contemplativas, apesar de ter bons índices de ajustamento, apresenta baixa confiabilidade no alfa de *Cronbach* ($\alpha = ,542$) e, portanto, diante desse resultado, foi suprimido das análises que envolvem o COPPES-BR neste estudo.

Tabela 4 - Índices de Ajustamento e de Confiabilidade para COPPES-BR (subescala agradabilidade) versão Rider, Gallagher-Thompson e Thompson, 2004. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Fator	$X^2/g.l.$	CFI	GFI	RMSEA	α de <i>Cronbach</i>
I Socialização	1,365	0,948	0,933	0,054	0,757
II Relaxantes	1,483	0,916	0,922	0,062	0,712
III Contemplativas	0,510	1,000	0,992	0,000	0,542
IV Competência	1,348	0,963	0,960	0,053	0,739
V Práticas	0,888	1,000	0,982	0,000	0,688

$X^2/g.l.$ = qui-quadrado ajustado; CFI = *Comparative Fit Index*; GFI = *Goodness-of-fit-index*; α de *Cronbach* = coeficiente de α de *Cronbach*.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Pelo exposto, para o presente estudo o instrumento COPPES-BR terá uma estrutura fatorial composta de quatro fatores e 34 itens neles agrupados. Os fatores que serão empregados nas análises seguintes dos dados são: I-Atividades de Socialização, com 10 itens; II-Atividades Relaxantes, também com 10 itens; IV-Atividades de Competência, com 8 itens; e V-Atividades Práticas, com 6 itens.

4.2 Características Sociodemográficas, Econômicas e Clínicas dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

A amostra deste estudo é composta de 126 pessoas com idade entre 60 e 81 anos, de ambos os gêneros. Os participantes estão distribuídos em dois grupos: o Grupo Hemodiálise composto por 42 idosos pacientes do Serviço de Nefrologia de São Carlos e o grupo Comunidade tem 84 idosos, residentes na comunidade do mesmo município.

Como mencionado anteriormente, os grupos foram pareados por gênero e idade. De modo a verificar a sua equivalência, foram comparados quanto às características sociodemográficas e econômicas (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística Descritiva e Comparação entre Grupos quanto às Características Sociodemográficas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável	Total	Grupos		t^*/X^2 (g.l.)
	($n = 126$)	Hemodiálise ($n = 42$)	Comunidade ($n = 84$)	
Gênero ($N/\%$)				
Feminino	45 (35,7)	15 (35,7)	30 (35,7)	
Masculino	81 (64,3)	27 (64,3)	54 (64,3)	
Idade (anos)				
Média (DP)	67,87 (5,85)	67,69 (5,74)	67,95 (5,93)	$t(43) = 0,223$ $p = ,824$
Mínima	60	60	60	
Máxima	81	81	80	
Escolaridade				$X^2(1) = 5,766$ $p = ,016$
De 0 a 4 anos de estudo	68 (53,97)	29 (69,05)	39 (46,43)	
5 ou mais anos de estudo	58 (46,03)	13 (30,95)	45 (53,57)	
Estado Conjugal (N)				$X^2(3) = 4,32$ $p = ,229$
Esposo(a) ou Companheiro(a)	90 (71,43)	29 (69,05)	61 (72,62)	
Viúvo(a)	19 (15,08)	4 (9,52)	15 (17,86)	
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	11 (8,73)	6 (14,29)	5 (5,95)	
Nunca se casou	6 (4,76)	3 (7,14)	3 (3,57)	

continua

continuação

Variável	Total	Grupos		
		Hemodiálise	Comunidade	
Número de Filhos (N/%)				
Sem filhos	8 (6,35)	4 (9,52)	4 (4,76)	
Com filhos	118 (93,65)	38 (90,48)	80 (95,34)	
Média (DP)	2,97 (1,27)	2,92 (1,30)	3,0 (1,26)	$t(116) = 0,314$ $p = ,754$
Com quem Reside (N/ %)				
Só com esposo(a)	55 (43,7)	20 (47,6)	35 (41,7)	
Família	55 (43,7)	18 (42,9)	37 (44)	$X^2(3) = 3,436$ $p = ,359$
sozinho	15 (11,9)	3 (7,1)	12 (14,3)	
Casa de outra pessoa	1 (0,8)	1 (2,4)	-	
Situação Laboral (N/ %)*				
Ativos	39 (30,9)	8 (21,1)	31 (39,2)	$X^2(1) = 3,819$ $p = ,51$
Inativos	78 (61,9)	30 (78,9)	48 (60,8)	
Tipo de Renda (N/ %)				
Aposentadoria	69 (54,8)	28 (66,7)	41 (48,8)	$X^2(6) = 7,401$ $p = ,285$
Outras	10 (7,9)	2 (4,8)	8 (9,5)	
Trabalho próprio	6 (4,8)	1 (2,4)	5 (6,0)	
Pensão	3 (2,4)	1 (2,4)	2 (2,4)	
Aluguel	3 (2,4)	0	3 (3,6)	
Doações	1 (0,8)	1 (2,4)	0,0	
Mais de uma renda	34 (27,0)	9 (21,4)	25 (29,8)	
Renda (R\$)				
Média (DP)	2461,22 (2045,28)	2082,95 (1494,09)	2654,96 (2260,55)	$t(122) = 1,481$ $p = ,141$

N ou n = número de participantes; % = porcentagem; X^2 = Teste Qui-quadrado; t = Teste t de Student; p = p valor; DP = Desvio-Padrão; * Casos Omissos: 9 (4 Hemodiálise e 5 Comunidade).

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Como podem ser observados, os grupos são semelhantes segundo as características sociodemográficas e econômicas, com exceção para a variável escolaridade, sendo que os participantes que realizam hemodiálise são menos escolarizados.

Assim, do total de participantes, a maioria é homem (64,3%), em uma relação conjugal estável (71,4%) e com filhos (93,6%). A idade da aposentadoria foi aos 55,4 anos para os idosos participantes. Em relação à realização das atividades da vida diária, 114 idosos (90,5%) referiram ser independentes para tal. Entretanto, os idosos que fazem hemodiálise referiram em maior número ter alguém que os acompanhe para realização dos tratamentos de saúde ($X^2(1) = 18,423$ $p < ,001$), de forma que 31 (73,8%) dos 42 idosos em Hemodiálise contam com acompanhamento

e apenas 28 (33,3%) dos idosos da Comunidade. Para os dois grupos, o cônjuge foi o principal acompanhante (47,5%), seguido dos filhos (28,8%), outros membros da família (18,6%) e outras pessoas (5,1%), ou seja, a família é a principal provedora de acompanhamento para tratamentos de saúde para os idosos entrevistados.

Com relação às características clínicas, o número de doenças clínicas ou problemas de saúde, além da doença renal crônica dos pacientes acompanhados na hemodiálise, foi obtido dos prontuários médicos, enquanto que os idosos da comunidade autorreferiram as doenças a partir de uma lista apresentada. Assim, os grupos apresentam diferenças para o número de doenças, sendo que o grupo de participantes da Comunidade referiu mais doenças, como demonstra a Tabela 6.

Tabela 6 - Estatística Descritiva e Comparação entre Grupos quanto a Doenças / Problemas de Saúde. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável	Total (n = 126)	Grupos		t/ X ²
		Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	
Número de Doenças				
Média e DP	3.71 (1.94)	3.16 (1.56)	3.99 (2.025)	t (124) = 2.280 p = .024
Mínimo	0	0	0	
Máximo	10	5	10	
Até 4 (N e %)	86 (68.3)	33 (78.6)	53 (63.1)	X ² (1) = 0.65 p = .799
5 ou mais (N e %)	40 (31.7)	9 (21.4)	31 (36.9)	
Doenças (N e %)				
Hipertensão arterial	88 (69.8)	24 (57.1)	64 (76.2)	
Déficit visual	84 (66.7)	29 (69.0)	55 (65.5)	
Diabetes <i>mellitus</i>	60 (47.6)	10 (23.8)	50 (59.5)	
Catarata	39 (31.0)	13 (31.0)	26 (31.0)	
Varizes	36 (28.6)	10 (23.8)	26 (31.0)	
Osteopatia	27 (21.4)	11 (26.2)	16 (19.0)	
Insuficiência cardíaca	24 (19.0)	9 (21.4)	15 (17.9)	
Déficit auditivo	23 (18.3)	8 (19.0)	16 (17.9)	
Infarto agudo do miocárdio	18 (14.3)	4 (9.5)	14 (16.7)	
Depressão	11 (8.7)	1 (2.4)	10 (11.9)	
Outras	58 (46.0)	14 (33.3)	44 (52.4)	

N ou n = número de participantes; % = porcentagem; X^2 . = Teste Qui-quadrado; t = Teste t de Student; p = p valor; DP = Desvio-Padrão.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Os idosos foram questionados sobre terem realizado algum atendimento com profissionais da saúde mental, nomeadamente, terapeuta ocupacional e psicólogo. Não são encontradas diferenças significativas quanto ao acompanhamento por terapeuta ocupacional, sendo que apenas um paciente da hemodiálise e nove da comunidade haviam sido atendidos. Contudo, percentualmente, os grupos apresentam diferença com significância estatística quanto a ser atendido por psicólogo ($X^2(1) = 22.435$ $p < .001$), sendo que o número de idosos atendidos por psicólogo foi maior na Hemodiálise ($n = 25$, 59.5%) comparado ao grupo da Comunidade ($n = 15$, 17.8%). Cabe dizer que no serviço de hemodiálise, há uma psicóloga contratada, o que pode justificar tais diferenças.

Para o grupo que realiza Hemodiálise foram levantadas informações específicas que se referiam à Doença Renal Crônica e ao tratamento, assim, o tempo médio de realização da Hemodiálise foi de 59.1 meses ($DP = 56.7$), com variação de 6 a 281 meses. Cerca de metade dos pacientes em hemodiálise faziam acompanhamento médico antes do início do tratamento ($n = 22$, 52.4%). Para 15 destes, o tratamento era direcionado para doença renal, sendo que onze pacientes faziam uso de medicamentos, um fez transplante renal, uma dieta alimentar e dois a combinação de medicamentos e dieta.

Quanto à etiologia da Doença Renal Crônica e necessidade de realizar o tratamento, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi a condição clínica mais frequentemente apontada por 32 dos pacientes (76.2%), 12 (28.6%) referiram outras condições, 9 (21.4%) Diabetes *mellitus* tipo 2, 4 (9.5%) doença cardiovascular, 3 (7.4%) glomerulonefrite crônica, 2 (4.8%) nefrite túbulo-intersticial, 1 (2.4%) lesão renal aguda e 1 (2.4%) rins policísticos.

Todos os idosos em hemodiálise referiram sofrer complicações clínicas em decorrência da doença renal crônica e do tratamento, sendo que o número de complicações variou de duas a onze ($M = 7.07$, $DP = 2.38$). As complicações clínicas referidas, em ordem de frequência, são: câimbras (33; 78.6%), perda de peso (29; 69%), anemia (28; 66.7%), fraqueza (28; 66.7%), dor (27; 64.3%), coceira (25; 59.5%), pressão alta (23; 54.8%), arritmia cardíaca (18; 42.9%), dor de cabeça (17; 40.5%), infecção do cateter (15; 35.7%), ganho de peso (10; 23.8%) e infecções repetidas (3; 7.1%).

Como os grupos se diferenciam quanto ao nível educacional e número de doenças, essas variáveis foram introduzidas nas Análises de Variância - ANOVAS, após sua transformação em

variáveis categóricas, de modo a controlar a sua eventual interferência no seu efeito da realização de HD sobre as variáveis dependentes deste estudo.

Dessa forma, a variável nível de escolaridade foi dividida nas categorias: a) de zero a quatro anos de estudo (29 participantes do grupo HD e 39 do grupo comunidade); e b) cinco ou mais anos de estudo (13 participantes do grupo HD e 45 do grupo Comunidade). A variável número de doenças foi transformada em: a) até quatro doenças (33 participantes do grupo HD e 53 do grupo comunidade); e b) cinco ou mais doenças (9 participantes do grupo HD e 31 do grupo comunidade).

A transformação da variável nível escolaridade foi feita em função da organização dos ciclos de estudo na época em que os idosos participantes frequentaram a escola, ocasião em que o Ensino Fundamental (escola primária) inicial compreendia até o quarto ano de estudo. Posteriormente, eram cursados o ginásio (quinto ao oitavo anos), colégio e universidade. Porém, a primeira categoria compreende de zero a quatro anos de estudo e a segunda, cinco anos ou mais, pois o número de participantes foi insuficiente para dividir essa segunda categoria pelos ciclos mais elevados de formação. A transformação da variável número de doenças deu-se em função da quantidade de participantes em cada categoria de modo a criar grupos relativamente equilibrados para realizar comparações.

4.3 Autoavaliação do Estado de Saúde dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

Os grupos Hemodiálise e Comunidade foram comparados quanto ao modo como avaliavam a própria saúde, em uma escala que variou de excelente (1) a ruim (5). Com a finalidade de facilitar a interpretação dos resultados apresentados mais adiante neste trabalho, foi feita, antes de sua análise, inversão dos valores da escala, de modo em que aos valores mais altos correspondessem a uma avaliação mais positiva da própria saúde, assim foram considerados: 1-ruim, 2-razoável, 3-boas, 4-muito boas e 5-excelente. As médias e desvios-padrões a respeito da autoavaliação do estado de saúde por grupos, em função do nível educacional e nível de comorbidade são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Estatística Descritiva da Autoavaliação do estado de saúde de acordo com nível educacional e número de doenças (Média e Desvio-Padrão), por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável - M (DP)	Grupos		
	Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	Total (n = 126)
Nível Educacional			
0 até 4 anos de Estudo	2,48 (0,574)	2,23 (0,959)	2,34 (0,822)
5 ou mais anos de Estudo	2,08 (0,760)	2,87 (0,944)	2,69 (0,959)
Total	2,36 (0,656)	2,57 (0,997)	2,50 (0,901)
Número de Doenças			
Até 4 doenças	2,58 (0,507)	2,92 (0,967)	2,80 (0,848)
5 ou mais doenças	2,17 (0,717)	2,31 (0,949)	2,27 (0,878)
Total	2,36 (0,656)	2,57 (0,997)	2,50 (0,901)

M= média; DP = Desvio-Padrão.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Foram assim conduzidas duas ANOVAS (2X2) com dois fatores grupo por nível educacional, e grupo por número de doenças.

Na realização de ANOVAS a dois fatores (grupo por nível educacional), não foram observados efeitos principais do Grupo ($F(1,122) = 2,453$, $p = ,120$, $\eta^2_p = ,020$ $\pi = ,343$) e do nível educacional ($F(1,122) = 0,449$, $p = ,504$, $\eta^2_p = ,004$ $\pi = ,102$). Foi encontrado um efeito de interação dessas variáveis ($F(1,122) = 9,207$, $p = ,003$, $\eta^2_p = ,070$ $\pi = ,853$) sobre a maneira como os idosos avaliam sua própria saúde, destacando que o teste apresenta potência elevada para explicar o achado. A Figura 2 ilustra o de interação da pertença aos grupos de hemodiálise ou da comunidade com o nível educacional sobre a autoavaliação do estado de saúde.

Figura 2 - Médias Marginais estimadas de Autoavaliação do estado de Saúde para os Grupos por nível educacional

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Assim, como pode ser visto tanto na Figura 2 quanto na Tabela 7, o efeito de interação indica que o impacto da escolaridade manifesta-se inversamente nos idosos de cada grupo: enquanto no grupo Comunidade os que têm menor nível educacional, avaliam pior sua saúde, no grupo Hemodiálise, os que têm esse mesmo nível educacional, a avaliam melhor. Em contrapartida, os com maior nível de escolaridade avaliam pior a sua saúde no grupo HD e na comunidade a avaliam melhor.

Quando os fatores considerados foram grupo e número de doenças para ANOVAS a dois fatores, foi observado apenas efeito principal do número de doenças ($F(1,122) = 9,435$, $p = ,003$, $\eta^2_p = ,072$ $\pi = ,862$) sobre a autoavaliação do estado de saúde. Assim, como exposto na Tabela 7 e na Figura 3, aqueles que apresentam cinco ou mais doenças avaliaram pior a saúde comparados àqueles que reportam menor número de doenças, tanto no grupo Hemodiálise quanto no Comunidade.

Figura 3 - Médias Marginais estimadas de Autoavaliação do estado de Saúde para os Grupos por Número de Doenças

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Pelo exposto, conclui-se que a realização do tratamento por Hemodiálise associada à menor escolaridade leva as pessoas perceberem-se mais saudáveis, enquanto no grupo da Comunidade os idosos com menor escolaridade percebem-se como menos saudáveis. Contudo, apresentar mais doenças faz com que as pessoas percebam-se menos saudáveis, independente da realização de hemodiálise.

4.4 Sintomas Depressivos e Felicidade dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

A Tabela 8 apresenta o número e porcentagem de idosos com sintomas depressivos em cada grupo e o teste Qui-quadrado demonstra que não há diferença entre os grupos quanto à intensidade da sintomatologia depressiva, considerada como variável categórica.

Tabela 8 - Estatística Descritiva referente aos Sintomas Depressivos por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

	Total	Grupos		
Variável	(n = 126)	Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	X ² (g.l.)
Escala Depressão Geriatria-15				
Sem Sintomas (N/ %)	89 (70.6)	27 (64.3)	62 (73.8)	X ² (2) = 3.020 p = .216
Com Sintomas (N/%)	37 (29.4)	15 (35.7)	22 (26.2)	
Sintomas Leves	28 (22.2)	13 (31.0)	15 (17.9)	
Sintomas Graves	9 (7.1)	2 (4.8)	7 (8.3)	

N ou n = número de participantes; % = porcentagem; X^2 = Teste Qui-quadrado; g.l. = grau de liberdade; p = p valor.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Os resultados obtidos por meio de ANOVAS a dois fatores, apresentados em seguida, confirmam que a realização de hemodiálise não teve significância estatística no nível de Felicidade e na sintomatologia depressiva em geral para os idosos avaliados.

Na Tabela 9, são apresentadas as médias e os desvios-padrão referentes à satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e sintomas depressivos (considerada como variável contínua), os quais estão organizados por grupo, nível educacional e número de doenças.

Tabela 9 - Estatística Descritiva da Satisfação com a Vida, Afetos Positivos e Afetos Negativos por Grupo, de acordo com nível educacional e numero de doenças. São Carlos , São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)	Grupos		Total
	Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	(n = 126)
Satisfação com a Vida			
Nível Educacional			
Até 4 anos de Estudo	7,53 (2,05)	7,08 (1,98)	7,27 (2,01)
5 ou mais anos de Estudo	6,94 (2,17)	7,87 (1,64)	7,66 (1,80)
Total	7,35 (2,08)	7,50 (1,84)	7,45 (1,92)
Número de doenças			
Até 4 doenças	7,91 (1,65)	8,15 (1,41)	8,07 (1,49)
5 ou mais doenças	6,88 (2,31)	7,01 (1,98)	6,97 (2,08)
Total	7,35 (2,08)	7,50 (1,84)	7,45 (1,92)
Afetos Positivos			
Nível Educacional			
Até 4 anos de Estudo	7,15 (2,22)	6,24 (2,12)	6,63 (2,19)
5 ou mais anos de Estudo	7,63 (2,03)	7,40 (1,91)	7,45 (1,92)
Total	7,30 (2,15)	6,86 (2,08)	7,01 (2,10)
Número de doenças			
Até 4 doenças	7,82 (1,43)	7,59 (1,84)	7,67 (1,70)
5 ou mais doenças	6,87 (2,55)	6,31 (2,10)	6,49 (2,25)
Total	7,30 (2,15)	6,86 (2,08)	7,01 (2,10)
Afetos Negativos			
Nível Educacional			
Até 4 anos de Estudo	4,72 (2,27)	4,82 (2,35)	4,78 (2,30)
5 ou mais anos de Estudo	4,05 (1,68)	3,38 (1,83)	3,53 (1,81)
Total	4,51 (2,11)	4,05 (2,19)	4,20 (2,17)
Número de doenças			
Até 4 doenças	4,19 (2,00)	3,68 (2,25)	3,86 (2,17)
5 ou mais doenças	4,78 (2,20)	4,32 (2,13)	4,47 (2,15)
Total	4,51 (2,11)	4,05 (2,19)	4,20 (2,17)
Sintomas Depressivos			
Nível Educacional			
Até 4 anos de Estudo	5,07 (2,84)	5,38 (4,04)	5,25 (3,56)
5 ou mais anos de Estudo	4,31 (3,54)	3,02 (2,70)	3,31 (2,93)
Total	4,83 (3,05)	4,12 (3,57)	4,36 (3,41)
Número de doenças			
Até 4 doenças	3,68 (2,54)	2,89 (2,91)	3,16 (2,79)
5 ou mais doenças	5,78 (3,58)	5,04 (3,77)	5,28 (3,58)
Total	4,83 (3,05)	4,12 (3,57)	4,36 (3,41)

n = número de participantes; M = Média; DP = Desvio-Padrão.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Não foram observados efeitos principais do grupo sobre a satisfação com a vida ($F(1,122) = 0,392, p = ,533, \eta^2_p = ,003 \pi = ,095$), os afetos positivos ($F(1,122) = 1,941, p = ,166, \eta^2_p = ,016 \pi = ,282$), afetos negativos ($F(1,122) = 0,470, p = ,494, \eta^2_p = ,004 \pi = ,104$) e sintomas depressivos ($F(1,122) = 0,546, p = ,461, \eta^2_p = ,004 \pi = ,114$). Porém, foram observados efeitos principais da variável nível de escolaridade nos sintomas depressivos ($F(1,122) = 5,67, p = ,019, \eta^2_p = ,044 \pi = ,656$), nos afetos positivos ($F(1,122) = 3,94, p = ,049, \eta^2_p = ,031 \pi = ,504$) e nos negativos ($F(1,122) = 6,39, p = ,013, \eta^2_p = ,050 \pi = ,708$).

Observou-se um efeito principal do número de doenças clínicas em quase todas as variáveis de saúde mental: sintomas depressivos ($F(1,122) = 11,724, p = ,001, \eta^2_p = ,088 \pi = ,925$); na satisfação com a vida ($F(1,122) = 9,441, p = ,003, \eta^2_p = ,072 \pi = ,862$); e nos afetos positivos ($F(1,122) = 8,282, p = ,005, \eta^2_p = ,064 \pi = ,815$), excetuando-se apenas os afetos negativos ($F(1,122) = 1,387, p = ,241, \eta^2_p = ,011 \pi = ,215$).

Assim, os resultados anteriormente mencionados demonstram que não é a hemodiálise, porém a escolaridade e o número de doenças apresentadas que podem influenciar tanto a sintomatologia depressiva, quanto os indicadores do bem-estar subjetivo, ou seja, interferir na Felicidade dos idosos. Somente os afetos negativos não parecem variar em função do número de doenças e a satisfação com a vida em função do nível da escolaridade. Dessa forma, quanto mais escolarizados, os participantes apresentavam mais afetos positivos e menos afetos negativos e menos sintomas depressivos, ou seja, a escolaridade contribui para a Felicidade. O inverso ocorre com o número de doenças, os participantes com mais doenças apresentam mais sintomas depressivos e menos afetos positivos e menor satisfação com a vida.

4.5 Atividades Prazerosas dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

Nesta seção serão analisadas as Atividades Prazerosas realizadas pelos participantes, as quais estão agrupadas em quatro fatores: Atividades de Socialização, Atividades Relaxantes, Atividades de Competência e Atividades Práticas. Cada um desses fatores apresentam três subescalas – agradabilidade, frequência e prazer obtido –, as quais se apresentam correlacionadas, conforme observado na Tabela 10.

Tabela 10 - Correlações entre Fatores e Subescalas das Atividades Prazerosas COPPES-BR para cada Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Fatores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Atividades de Socialização												
1 Frequência	1	,465**	,941**	,611**	,508**	,567**	,723**	,439**	,719**	0.209	0.132	0.246
2 Agradabilidade	,519**	1	,652**	,508**	,710**	,566**	,334*	,713**	,395**	0.129	0.255	0.147
3 Prazer Obtido	,967**	,667**	1	,662**	,617**	,661**	,683**	,523**	,696**	0.165	0.124	0.207
Atividades Relaxantes												
4 Frequência	,510**	,297**	,490**	1	,769**	,979**	,535**	,595**	,573**	0.211	0.258	0.237
5 Agradabilidade	,352**	,625**	,424**	,545**	1	,813**	,383*	,634**	,443**	0.230	,387*	0.255
6 Prazer Obtido	,490**	,344**	,493**	,980**	,611**	1	,508**	,617**	,553**	0.209	0.253	0.239
Atividades de Competência												
7 Frequência	,559**	,258*	,542**	,363**	,272*	,363**	1	,564**	,990**	0.259	0.139	0.254
8 Agradabilidade	,219*	,656**	,319**	0.206	,604**	,267*	,263*	1	,605**	0.115	,413**	0.138
9 Prazer Obtido	,557**	,354**	,572**	,348**	,335**	,369**	,973**	,406**	1	0.273	0.176	0.275
Atividades Práticas												
10 Frequência	,263*	0.015	,217*	,237*	0.121	,230*	,422**	0.107	,419**	1	,522**	,991**
11 Agradabilidade	,217*	,334**	,242*	,313**	,526**	,327**	0.202	,334**	,236*	,363**	1	,547**
12 Prazer Obtido	,280**	0.058	,242*	,280**	0.174	,275*	,428**	0.143	,428**	,978**	,373**	1

As correlações para o Grupo Hemodiálise estão acima da diagonal (valores 1) e as do grupo da Comunidade estão abaixo;
 $p = p$ valor; * p valor < .05; ** p valor < .001.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Assim, como forma de comparar os grupos, foram realizadas MANOVAS (análises de variância multivariadas), análises mais robustas por permitirem determinar a existência de diferenças entre os grupos para um conjunto de variáveis dependentes de modo simultâneo, quando correlacionadas (MARÔCO, 2011).

Neste estudo, as MANOVAS comparam os grupos Hemodiálise e Comunidade considerando simultaneamente as subescalas agradabilidade, frequência e prazer obtido, separadamente para cada uma dos fatores atividades de Socialização, Relaxantes, de Competência e Práticas, de acordo com o nível escolar e nível de comorbidade.

Os resultados dos testes multivariados das MANOVAS com os efeitos principais do grupo e do nível de escolaridade para as fatores das atividades prazerosas são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Testes multivariados para verificar o efeito do Grupo e do Nível escolar sobre os fatores das Atividades Prazerosas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Efeito	Rastreio de Pillai	F	g.l.	Sig.	η^2p	π
Socialização						
Grupo	0,007	,277	3, 120	0,842	0,007	0,102
Nível Educacional	0,087	3,788	3, 120	0,012	0,087	0,804
Grupo X Nível Educacional	0,049	2,063	3, 120	0,109	0,049	0,518
Relaxantes						
Grupo	0,046	1,927	3, 120	0,129	0,046	0,487
Nível Educacional	0,076	3,283	3, 120	0,023	0,076	0,739
Grupo X Nível Educacional	0,062	2,639	3, 120	0,053	0,062	0,633
Competência						
Grupo	0,037	1,534	3, 120	0,209	0,037	0,396
Nível Educacional	0,016	,654	3, 120	0,582	0,016	0,184
Grupo X Nível Educacional	0,011	,456	3, 120	0,713	0,011	0,140
Práticas						
Grupo	0,047	1,958	3, 120	0,124	0,047	0,494
Nível Educacional	0,045	1,885	3, 120	0,136	0,045	0,478
Grupo X Nível Educacional	0,057	2,401	3, 120	0,071	0,057	0,588

F = ANOVA; g.l. = grau de liberdade; p = p valor; η^2p = tamanho do efeito; π = poder observado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Como pode ser observado, foi encontrado um efeito principal do nível escolar unicamente sobre os fatores de atividades de Socialização e Relaxantes. O grupo não apresenta efeito

principal sobre nenhum fator das Atividades Prazerosas e também não são identificados efeitos de interação entre o grupo e nível escolar.

Observada significância multivariada do nível educacional para os fatores atividades de Socialização e Relaxantes, procedeu-se à realização de ANOVA para cada uma das variáveis dependentes (agradabilidade, frequência e prazer obtido), seguida do teste *post-hoc* Bonferroni usando comparações *pairwise*.

Desse modo, o nível educacional tem efeito principal nas atividades de socialização, para as subescalas agradabilidade ($F(1,122) = 4,079, p = ,05, \eta^2_p = ,032 \quad \pi = ,517$), frequência ($F(1,122) = 11,054, p < ,001, \eta^2_p = ,083 \quad \pi = ,910$) e prazer obtido ($F(1,122) = 11,440, p < ,001, \eta^2_p = ,086 \quad \pi = ,919$). O mesmo ocorre para as atividades relaxantes: agradabilidade ($F(1,122) = 8,659, p < ,001, \eta^2_p = ,066 \quad \pi = ,831$), frequência ($F(1,122) = 7,194, p < ,001, \eta^2_p = ,056 \quad \pi = ,831$) e prazer obtido ($F(1,122) = 7,439, p < ,001, \eta^2_p = ,057 \quad \pi = ,772$).

Como visto na Tabela 12, os participantes com maior nível escolar apresentam maiores médias de agradabilidade, frequência de realização e prazer obtido para as atividades de socialização e relaxantes.

Tabela 12 - Estatística Descritiva e comparações entre Grupos para os fatores das Atividades Prazerosas por subescalas Frequência, Agradabilidade e Prazer Obtido por nível escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)		Grupos		Total
		Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	(n = 126)
Atividades de Socialização	Agradabilidade			
	0 até 4 anos de Estudo	1,63 (0,28)	1,79 (0,30)	1,72 (0,30) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,85 (0,19)	1,78 (0,25)	1,79 (0,24) ^b
	Total	1,70 (0,28)	1,78 (0,27)	1,75 (0,27)
	Frequência			
	0 até 4 anos de Estudo	1,06 (0,28) ^a	1,12 (0,31) ^a	1,10 (0,30) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,30 (0,39) ^b	1,35 (0,41) ^b	1,34 (0,40) ^b
	Total	1,13 (0,33)	1,25 (0,38)	1,21 (0,37)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 anos de Estudo	0,97 (0,27)	1,10 (0,34)	1,03 (0,31) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,26 (0,41)	1,28 (0,42)	1,28 (0,42) ^b
	Total	1,06 (0,34)	1,19 (0,40)	1,14 (0,38)

continua

continuação

		Grupos		Total
		Hemodiálise	Comunidade	
Atividades Relaxantes	Agradabilidade			
	0 até 4 anos de Estudo	1,48 (0,31)	1,65 (0,37)	1,58 (0,36) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,76 (0,19)	1,73 (0,26)	1,74 (0,25) ^b
	Total	1,56 (0,31)	1,69 (0,32)	1,65 (0,32)
	Frequência			
	0 até 4 anos de Estudo	1,00 (0,28)	0,90 (0,29)	0,94 (0,29) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,12 (0,36)	1,12 (0,36)	1,12 (0,36) ^b
	Total	1,04 (0,31)	1,02 (0,34)	1,02 (0,33)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 anos de Estudo	0,95 (0,32)	0,88 (0,30)	0,90 (0,31) ^a
Atividades de Competência	5 ou mais anos de Estudo	1,11 (0,37)	1,08 (0,37)	1,08 (0,37) ^b
	Total	1,00 (0,34)	0,98 (0,35)	0,99 (0,35)
	Agradabilidade			
	0 até 4 anos de Estudo	1,70 (0,33)	1,80 (0,34)	1,76 (0,34) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,70 (0,37)	1,75 (0,28)	1,74 (0,29) ^a
	Total	1,70 (0,33)	1,77 (0,31)	1,75 (0,29)
	Frequência			
	0 até 4 anos de Estudo	0,74 (0,37)	0,71 (0,34)	0,72 (0,35) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	0,78 (0,45)	0,83 (0,45)	0,82 (0,44) ^a
	Total	0,75 (0,39)	0,78 (0,40)	0,77 (0,40)
Atividades Práticas	Prazer Obtido			
	0 até 4 anos de Estudo	0,69 (0,37)	0,68 (0,36)	0,68 (0,36) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	0,75 (0,45)	0,78 (0,45)	0,77 (0,45) ^a
	Total	0,71 (0,40)	0,73 (0,41)	0,72 (0,40)
	Agradabilidade			
	0 até 4 anos de Estudo	0,89 (0,51)	1,35 (0,50)	1,16 (0,55) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	1,21 (0,68)	1,17 (0,49)	1,18 (0,53) ^a
	Total	0,99 (0,58)	1,25 (0,50)	1,17 (0,54)
	Frequência			
	0 até 4 anos de Estudo	0,19 (0,30)	0,21 (0,25)	0,20 (0,27) ^a
Atividades Práticas	5 ou mais anos de Estudo	0,32 (0,34)	0,25 (0,27)	0,27 (0,29) ^a
	Total	0,23 (0,31)	0,23 (0,26)	0,23 (0,28)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 anos de Estudo	0,17 (0,27)	0,18 (0,24)	0,18 (0,25) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	0,31 (0,35)	0,25 (0,27)	0,26 (0,29) ^a
	Total	0,22 (0,30)	0,22 (0,26)	0,22 (0,27)

M = Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes. O fato das letras ao lado dos resultados (a e b) serem idênticas indica que não há diferenças significativas entre as médias dos níveis educacionais.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Já os resultados dos testes multivariados das MANOVAS, com os efeitos principais do grupo e moderado pelo nível de doenças, identificam que há um efeito principal do grupo (Hemodiálise ou Comunidade) sobre as atividades Relaxantes e Práticas, como pode ser visto na Tabela 13.

Tabela 13 - Testes multivariados para verificar o efeito do Grupo e do Número de Doenças sobre os fatores das Atividades Prazerosas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Efeito	Rastreio de Pillai	F	g.l.	<i>p</i>	η^2_p	π
Socialização						
Grupo	0,033	1,352	3, 120	0,26	0,033	0,352
Nível de Comorbidade	0,028	1,146	3, 120	0,33	0,028	0,302
Grupo X Nível de Comorbidade	0,038	1,596	3, 120	0,19	0,038	0,411
Relaxantes			3, 120			
Grupo	0,069	2,979	3, 120	0,03	0,069	0,692
Nível de Comorbidade	0,023	,951	3, 120	0,42	0,023	0,255
Grupo X Nível de Comorbidade	0,003	,117	3, 120	0,95	0,003	0,071
Competência			3, 120			
Grupo	0,031	1,280	3, 120	0,28	0,031	0,335
Nível de Comorbidade	0,017	,704	3, 120	0,55	0,017	0,196
Grupo X Nível de Comorbidade	0,023	,946	3, 120	0,42	0,023	0,254
Práticas			3, 120			
Grupo	0,062	2,625	3, 120	0,05	0,062	0,631
Nível de Comorbidade	0,022	,910	3, 120	0,44	0,022	0,245
Grupo X Nível de Comorbidade	0,011	,448	3, 120	0,72	0,011	0,138

F = ANOVA; g.l. = grau de liberdade; *p* = *p* valor; η^2_p = tamanho do efeito; π = poder observado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Similarmente, ao ser identificada a significância multivariada do grupo para os fatores atividades Relaxantes e Práticas, procede-se à realização de ANOVA para cada uma das variáveis dependentes (agradabilidade, frequência e prazer obtido).

A partir dos resultados, conclui-se que a realização de Hemodiálise tem efeito principal apenas sobre a subescala agradabilidade das Atividades Relaxantes ($F(1,122) = 3,907$, $p = ,05$, $\eta^2_p = ,031$ $\pi = ,500$) e, portanto, não tem efeito sobre a subescala frequência ($F(1,122) = 0,150$, $p = ,700$, $\eta^2_p = ,001$ $\pi = ,067$) e prazer obtido ($F(1,122) = 0,091$, $p = ,763$, $\eta^2_p = ,001$ $\pi = ,060$). O mesmo ocorre com as Atividades Práticas: apenas a subescala agradabilidade sofre efeito da

realização de hemodiálise ($F(1,122) = 6,928, p = ,01, \eta^2_p = ,054 \quad \pi = ,743$) e não interfere nas subescalas frequência ($F(1,122) = 0,026, p = ,873, \eta^2_p = 0 \quad \pi = ,053$) e prazer obtido ($F(1,122) = 0,047, p = ,830, \eta^2_p = 0 \quad \pi = ,055$). O número de doenças não teve efeito principal sobre nenhuma fator das atividades prazerosas.

Na Tabela 14 é possível observar que os idosos do grupo Comunidade referiram ser mais agradável a realização das atividades Relaxantes e Práticas, em média, comparativamente àqueles que realizam Hemodiálise, qualquer que fosse o seu número de doenças.

Tabela 14 - Estatística Descritiva e comparações entre Grupos para os fatores das Atividades Prazerosas por subescala Frequência, Agradabilidade e Prazer Obtido por número de doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)		Grupos		Total
		Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	(n = 126)
Atividades de Socialização	Agradabilidade			
	0 até 4 doenças	1,69 (0,32)	1,79 (0,23)	1,75 (0,26)
	5 ou mais doenças	1,70 (0,24)	1,77 (0,30)	1,75 (0,28)
	Total	1,70 (0,28)a	1,78 (0,27)a	1,75 (0,28)
	Frequência			
	0 até 4 doenças	1,06 (0,33)	1,33 (0,31)	1,24 (0,340)
	5 ou mais doenças	1,19 (0,33)	1,18 (0,42)	1,18 (0,39)
	Total	1,13 (0,33)a	1,25 (0,38)a	1,21 (0,37)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 doenças	1,01 (0,34)	1,28 (0,31)	1,19 (0,34)
	5 ou mais doenças	1,10 (0,34)	1,12 (0,44)	1,11 (0,41)
	Total	1,06 (0,34)a	1,19 (0,40)a	1,14 (0,38)
Atividades Relaxantes	Agradabilidade			
	0 até 4 doenças	1,60 (0,32)	1,70 (0,31)	1,66 (0,31)
	5 ou mais doenças	1,54 (0,31)	1,69 (0,33)	1,64 (0,33)
	Total	1,57 (0,31)a	1,69 (0,32)b	1,65 (0,32)
	Frequência			
	0 até 4 doenças	1,09 (0,32)	1,06 (0,32)	1,07 (0,32)
	5 ou mais doenças	1,01 (0,31)	0,98 (0,36)	0,99 (0,34)
	Total	1,04 (0,31)a	1,02 (0,34)a	1,02 (0,33)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 doenças	1,05 (0,36)	1,02 (0,33)	1,03 (0,34)
	5 ou mais doenças	0,97 (0,33)	0,95 (0,37)	0,96 (0,36)
	Total	1,00 (0,34)a	0,98 (0,36)a	0,99 (0,35)

continua

continuação

		Grupos		Total
		Hemodiálise	Comunidade	
Atividades de Competência	Agradabilidade			
	0 até 4 doenças	1,68 (0,36)	1,71 (0,35)	1,70 (0,35)
	5 ou mais doenças	1,72 (0,30)	1,82 (0,27)	1,79 (0,29)
	Total	1,70 (0,32)a	1,77 (0,31)a	1,75 (0,32)
	Frequência			
	0 até 4 doenças	0,67 (0,34)	0,79 (0,38)	0,75 (0,37)
	5 ou mais doenças	0,81 (0,42)	0,76 (0,42)	0,78 (0,42)
	Total	0,75 (0,39)a	0,78 (0,40)a	0,77 (0,40)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 doenças	0,64 (0,34)	0,74 (0,38)	0,71 (0,37)
	5 ou mais doenças	0,77 (0,44)	0,72 (0,43)	0,74 (0,43)
	Total	0,71 (0,40)a	0,73 (0,41)a	0,72 (0,40)
Atividades Práticas	Agradabilidade			
	0 até 4 doenças	0,87 (0,61)	1,20 (0,55)	1,09 (0,58)
	5 ou mais doenças	1,09 (0,55)	1,29 (0,47)	1,23 (0,50)
	Total	0,99 (0,58)a	1,26 (0,50)b	1,16 (0,54)
	Frequência			
	0 até 4 doenças	0,17 (0,24)	0,22 (0,25)	0,20 (0,25)
	5 ou mais doenças	0,28 (0,36)	0,24 (0,27)	0,23 (0,28)
	Total	0,23 (0,31)a	0,23 (0,26)a	0,23 (0,26)
	Prazer Obtido			
	0 até 4 doenças	0,16 (0,24)	0,20 (0,26)	0,19 (0,25)
	5 ou mais doenças	0,26 (0,33)	0,23 (0,26)	0,24 (0,29)
	Total	0,21 (0,30)a	0,22 (0,26)a	0,22 (0,27)

M = Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes. As letras a e b ao lado dos resultados indicam se há semelhanças ou diferenças entre os dias da semana.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Pelos resultados apresentados nesta seção, conclui-se que a Hemodiálise apresenta efeito sobre a percepção da agradabilidade das atividades Relaxantes e Práticas, quando moderada pelo nível de comorbidade, com os participantes que fazem o tratamento considerando menos agradáveis essas atividades.

Por outro lado, um maior nível educacional representou mais impacto sobre a frequência, agradabilidade e prazer obtido nas atividades de Socialização e Relaxantes, de maneira que os participantes mais escolarizados não somente consideraram mais agradáveis, como realizaram

mais essas atividades e obtiveram mais prazer. O número de doenças não tem qualquer influência sobre as atividades prazerosas dos participantes do estudo.

4.6 Uso do Tempo dos Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

A análise dos dados referentes ao Uso do Tempo dos participantes serão apresentados em dois blocos: o primeiro, destinado a apresentar os resultados referentes às comparações entre os grupos Hemodiálise e Comunidade; e, no segundo bloco, baseado sobre dados dos idosos que fazem hemodiálise, apresentadas, especificamente, as comparações entre o uso do tempo nos dias da semana com e sem tratamento e domingos visto que, para esses idosos, a realização do tratamento requer que as pessoas destinem semanalmente tempo para as idas e permanência nos serviços de diálise, o que habitualmente ocorre três vezes por semana, implicando necessariamente em alterações no uso do tempo.

O uso do tempo dos participantes foi mensurado de acordo com as horas destinadas à realização de 12 categorias de atividades pré-estabelecidas: sono, descanso, atividades de vida diária (AVD), trabalho, estudo, lazer, *Internet*, atividades de socialização, atividades com a família, atividades sozinho, outras atividades e hemodiálise. A categoria hemodiálise aplica-se apenas para aqueles idosos que fazem o tratamento.

4.6.1 Comparação do Uso do Tempo entre Idosos por grupos Hemodiálise e Comunidade

A comparação entre os grupos Hemodiálise e Comunidade quanto ao uso do tempo considerou o tempo, em horas, destinado à realização das atividades citadas anteriormente, em dois momentos diferentes da semana: a) momento 1: dias da semana sem tratamento; e b) momento 2: domingos. Os dias com hemodiálise não foram considerados nessa análise.

A normalidade das distribuições para todas as atividades foi verificada antes de proceder à comparação entre grupos. O uso do tempo dedicado à realização das atividades sono, AVD, lazer, socialização, com a família e sozinho apresentou distribuição normal para a amostra deste estudo, considerando os valores recomendados por Marôco (2011) para a assimetria (valores inferiores a 3) e curtose (valores inferiores a 7); já as atividades descanso, trabalho, estudo, *Internet* e outras, apresentaram distribuição não normal.

Como forma de comparar os grupos e para verificar a existência de efeitos no uso do tempo em relação à necessidade de tratamento por Hemodiálise, ao nível escolar, ao número de comorbidade, ao tipo de dia considerado (dias da semana sem tratamento e domingo), bem como, os possíveis efeitos de interações entre esses fatores, foram realizadas análises de variância (ANOVAS) de Medidas Repetidas a dois fatores para as variáveis com distribuição normal: sono, AVD, lazer, socialização, atividades com a família e atividades sozinho. Para as variáveis com distribuição não normal (descanso, trabalho, estudo, *Internet* e outras) foram realizados testes não paramétricos de *Mann-Whitney*.

A ANOVA de medidas repetidas exige que as variáveis estejam correlacionadas, de modo que foi realizado teste de correlação de Sperman para confirmar se as medidas das atividades estavam correlacionadas nos dois momentos da semana: a) dia da semana sem hemodiálise; e b) domingo. Os resultados das correlações são apresentados na Tabela 15. Como pode ser visto, as medidas estão correlacionadas, o que torna possível a realização das ANOVAs de medidas repetidas.

Tabela 15 - Correlações entre atividades de Uso do Tempo em Dias da semana sem Hemodiálise e Domingos para cada Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

	Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Sono Semana	1	,693**	-,260	,015	-,285	-,471**	,002	-,200	,141	-,154	-,592**	-,090
2	Sono domingo	,801**	1	-,185	-,144	-,173	-,301	-,188	-,277	-,119	-,386*	-,180	-,014
3	AVD Semana	-,219*	-,245*	1	,499**	-,170	-,037	,018	,044	,004	-,128	,080	,172
4	AVD Domingo	-,192	-,222*	,683**	1	-,208	-,061	,045	-,204	,080	-,154	-,126	,337*
5	Lazer Semana	-,139	-,253*	-,168	-,004	1	,281	-,102	,067	-,050	,100	,229	-,033
6	Lazer Domingo	-,286**	-,276*	-,228*	-,304**	,471**	1	-,135	-,041	-,062	,055	,296	,151
7	Socializaçã o Semana	-,144	-,086	-,159	-,148	-,203	,028	1	,334*	-,108	,149	-,260	-,116
8	Socializaçã o Domingo	-,134	-,148	,010	-,097	-,058	-,071	,490**	1	-,039	,014	,085	-,406**
9	Família Semana	-,061	-,080	,117	,057	,095	,108	-,109	,121	1	,507**	-,782**	-,306*
10	Família Domingo	-,149	-,182	,281**	,233*	,061	,021	-,126	-,059	,464**	1	-,371*	-,717**
11	Sozinho Semana	-,266*	-,209	,056	,111	,089	,024	-,342**	-,274*	-,806**	-,295**	1	,316*
12	Sozinho Domingo	-,153	-,207	-,132	-,038	,111	,152	-,107	-,346**	-,446**	-,789**	,512**	1

* p valor < ,05; ** p valor < ,001. As correlações para o Grupo Hemodiálise estão acima da diagonal (valores 1) e as do grupo da Comunidade estão abaixo.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Para garantir o cumprimento de outros pressupostos das ANOVAS de medidas repetidas, foi realizado o teste de Mauchly para avaliar o pressuposto da esfericidade, a comparação de Bonferroni para verificar se havia interações entre fatores e comparar as médias e, para verificar a igualdade de variâncias, o teste de Levene (MARÔCO, 2014). Os resultados desses testes permitiram prosseguir com a análise dos dados e serão apresentados em conjunto com os resultados em tabelas.

A seguir será feita a apresentação dos resultados das variáveis com distribuição normal, de acordo com nível escolar (Tabelas 16 e 18) e número de doenças (Tabelas 17 e 19).

Tabela 16 - Estatística Descritiva do Uso do Tempo por Grupo, Dias da semana e Nível escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

		Grupos		Total
Variável – M (DP)		Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	(n = 126)
Sono	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	8,48 (2,74)	8,13 (2,48)	8,28 (2,58)
	5 ou mais anos de Estudo	8,12 (1,58)	7,84 (1,40)	7,91 (1,43)
	Total	8,37 (2,43)	7,98 (1,97)	8,11 (2,13)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	9,24 (3,17)	8,06 (2,83)	8,57 (3,01)
	5 ou mais anos de Estudo	8,65 (2,71)	8,23 (1,79)	8,33 (2,01)
	Total	9,06 (3,01)	8,15 (2,32)	8,46 (2,59)
AVD	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	4,88 (2,82)	6,04 (3,11)	5,54 (3,02)
	5 ou mais anos de Estudo	4,08 (2,13)	5,27 (2,60)	5,00 (2,53)
	Total	4,63 (2,63)	5,63 (2,86)	5,29 (2,81)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	2,91 (1,84)	5,08 (2,68)	4,15 (2,58)
	5 ou mais anos de Estudo	3,19 (1,82)	4,78 (2,26)	4,42 (2,26)
	Total	3,00 (1,82)	4,92 (2,46)	4,28 (2,43)
Lazer	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	5,38 (3,57)	5,83 (3,57)	5,64 (3,55)
	5 ou mais anos de Estudo	6,54 (4,08)	6,38 (3,82)	6,41 (3,85)
	Total	5,74 (3,72)	6,13 (3,70)	6,00 (3,70)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	7,43 (4,12)	6,62 (3,59)	6,96 (3,82)
	5 ou mais anos de Estudo	6,58 (3,88)	8,11 (3,75)	7,77 (3,80)
	Total	7,17 (4,02)	7,42 (3,73)	7,33 (3,81)

continua

continuação

		Grupos		Total
		Hemodiálise	Comunidade	
Socialização	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	1,26 (1,65)	1,26 (1,99)	1,26 (1,84)
	5 ou mais anos de Estudo	2,73 (2,98)	2,43 (2,99)	2,5 (2,97)
	Total	1,71 (2,22)	1,89 (2,63)	1,83 (2,49)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	2,10 (3,11)	1,78 (2,89)	1,92 (2,97)
	5 ou mais anos de Estudo	3,88 (5,16)	2,94 (3,04)	3,16 (3,59)
	Total	2,65 (3,89)	2,4 (3,01)	2,49 (3,32)
Família	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	4,95 (3,66)	4,86 (4,57)	4,9 (4,18)
	5 ou mais anos de Estudo	5,88 (4,98)	5,74 (4,90)	5,78 (4,87)
	Total	5,24 (4,08)	5,33 (4,74)	5,30 (4,51)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	8,76 (5,20)	7,23 (5,12)	7,88 (5,17)
	5 ou mais anos de Estudo	8,77 (5,68)	7,37 (5,34)	7,68 (5,40)
	Total	8,76 (5,28)	7,3 (5,21)	7,79 (5,26)
Sozinho	Dias sem tratamento			
	0 até 4 anos de Estudo	9,31 (5,01)	9,76 (5,07)	9,57 (5,01)
	5 ou mais anos de Estudo	7,85 (4,57)	8,26 (4,83)	8,16 (4,74)
	Total	8,86 (4,87)	8,95 (4,97)	8,92 (4,92)
	Domingo			
	0 até 4 anos de Estudo	4,67 (4,56)	7,03 (5,30)	6,02 (5,09)
	5 ou mais anos de Estudo	3,96 (4,39)	5,97 (5,17)	5,52 (5,04)
	Total	4,45 (4,47)	6,46 (5,23)	5,79 (5,06)

M = Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 17 - Estatística Descritiva do Uso do Tempo por Grupo, Dias da semana e Número de Doenças.
São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)		Grupos		Total
		Hemodiálise (n = 42)	Comunidade (n = 84)	(n = 126)
Sono	Dias sem tratamento			
	0 até 4 doenças	8,13 (2,45)	7,96 (1,83)	8,02 (2,05)
	5 ou mais doenças	8,57 (2,45)	7,99 (2,08)	8,18 (2,21)
	Total	8,37 (2,43)	7,98 (1,97)	8,11 (2,13)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	9,39 (2,36)	8,39 (2,23)	8,74 (2,30)
	5 ou mais doenças	8,78 (3,49)	7,98 (2,39)	8,24 (2,79)
	Total	9,06 (3,01)	8,15 (2,32)	8,46 (2,59)
AVD	Dias sem tratamento			
	0 até 4 doenças	4,2 (2,48)	5,10 (2,50)	4,83 (2,50)
	5 ou mais doenças	4,89 (2,77)	6,02 (3,06)	5,65 (3,00)
	Total	4,63 (2,63)	5,63 (2,86)	5,29 (2,81)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	2,92 (1,70)	4,28 (1,85)	3,81 (1,90)
	5 ou mais doenças	3,07 (1,94)	5,4 (2,75)	4,64 (2,73)
	Total	3,00 (1,82)	4,92 (2,46)	4,28 (2,43)
Lazer	Dias sem tratamento			
	0 até 4 doenças	5,34 (2,75)	5,81 (4,01)	5,65 (3,61)
	5 ou mais doenças	6,07 (4,40)	6,36 (3,47)	6,27 (3,77)
	Total	5,74 (3,72)	6,13 (3,70)	6,00 (3,70)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	8,24 (3,59)	7,57 (3,80)	7,80 (3,71)
	5 ou mais doenças	6,28 (4,22)	7,30 (3,71)	6,97 (3,88)
	Total	7,17 (4,02)	7,42 (3,73)	7,33 (3,81)
Socialização	Dias sem tratamento			
	0 até 4 doenças	2,00 (2,31)	2,31 (3,04)	2,20 (2,79)
	5 ou mais doenças	1,48 (2,17)	1,57 (2,25)	1,54 (2,21)
	Total	1,71 (2,22)	1,89 (2,63)	1,83 (2,49)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	2,89 (3,98)	2,85 (2,95)	2,86 (3,31)
	5 ou mais doenças	2,46 (3,88)	2,07 (3,04)	2,20 (3,31)
	Total	2,65 (3,89)	2,40 (3,01)	2,49 (3,32)

continua

continuação

		Grupos		Total
		Hemodiálise	Comunidade	
Família	Dias sem tratamento			
	0 até 4 doenças	4,24 (3,51)	5,11 (4,65)	4,81 (4,28)
	5 ou mais doenças	6,07 (4,39)	5,50 (4,85)	5,68 (4,68)
	Total	5,24 (4,08)	5,33 (4,74)	5,30 (4,51)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	7,55 (5,52)	6,86 (5,44)	7,10 (5,42)
	5 ou mais doenças	9,76 (4,98)	7,64 (5,06)	8,32 (5,10)
	Total	8,76 (5,28)	7,30 (5,21)	7,79 (5,26)
	Dias sem tratamento			
Sozinho	0 até 4 doenças	9,63 (4,65)	8,74 (4,76)	9,05 (4,70)
	5 ou mais doenças	8,22 (5,05)	9,11 (5,17)	8,82 (5,12)
	Total	8,86 (4,87)	8,95 (4,97)	8,92 (4,92)
	Domingo			
	0 até 4 doenças	4,58 (4,33)	6,32 (4,76)	5,72 (4,65)
	5 ou mais doenças	4,35 (4,67)	6,56 (5,60)	5,85 (5,38)
	Total	4,45 (4,47)	6,46 (5,23)	5,79 (5,06)

M = Média; DP = Desvio-Padrão; n = número de participantes.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 18 - ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo por Dias da Semana e Nível Escolar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	Sig,	η^2p	π	M de Box
Sono*	Grupo	7,759	1, 122	7,759	1,582	0,21	0,013	0,239	< ,001
	Dia da Semana	8,258	1, 122	8,258	5,691	0,02	0,045	0,658	
	Nível Escolar	1,795	1, 122	1,795	0,366	0,55	0,003	0,092	
	Grupo X Dia da Semana	2,968	1, 122	2,968	2,045	0,16	0,016	0,295	
	Grupo X Nível Escolar	1,109	1, 122	1,109	0,226	0,64	0,002	0,076	
	Dia da semana X Nível Escolar	0,170	1, 122	0,170	0,117	0,73	0,001	0,063	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	1,423	1, 122	1,423	0,980	0,32	0,008	0,166	
AVD	Grupo	58,359	1, 122	58,359	11,120	0,00	0,084	0,911	0,505
	Dia da Semana	58,062	1, 122	58,062	24,013	0,00	0,164	0,998	
	Nível Escolar	3,992	1, 122	3,992	0,761	0,38	0,006	0,139	
	Grupo X Dia da Semana	6,151	1, 122	6,151	2,544	0,11	0,020	0,353	
	Grupo X Nível Escolar	0,470	1, 122	0,470	0,090	0,77	0,001	0,060	
	Dia da semana X Nível Escolar	7,577	1, 122	7,577	3,134	0,08	0,025	0,419	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	1,161	1, 122	1,161	0,480	0,49	0,004	0,106	
Lazer	Grupo	1,607	1, 122	1,607	0,162	0,69	0,001	0,068	0,901
	Dia da Semana	66,589	1, 122	66,589	7,958	0,01	0,061	0,799	
	Nível Escolar	8,633	1, 122	8,633	0,868	0,35	0,007	0,152	
	Grupo X Dia da Semana	0,568	1, 122	0,568	0,068	0,79	0,001	0,058	
	Grupo X Nível Escolar	4,726	1, 122	4,726	0,475	0,49	0,004	0,105	
	Dia da semana X Nível Escolar	3,541	1, 122	3,541	0,423	0,52	0,003	0,099	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	27,590	1, 122	27,590	3,297	0,07	0,026	0,437	

continua

continuação

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	Sig.	η^2p	π	M de Box
Socialização*	Grupo	3,826	1, 122	3,826	0,662	0,42	0,005	0,127	0,002
	Dia da Semana	28,925	1, 122	28,925	5,573	0,02	0,044	0,649	
	Nível Escolar	49,095	1, 122	49,095	8,497	0,00	0,065	0,824	
	Grupo X Dia da Semana	2,905	1, 122	2,905	0,560	0,46	0,005	0,115	
	Grupo X Nível Escolar	1,311	1, 122	1,311	0,227	0,63	0,002	0,076	
	Dia da semana X Nível Escolar	0,272	1, 122	0,272	0,052	0,82	0,000	0,056	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	0,329	1, 122	0,329	0,063	0,80	0,001	0,057	
Família	Grupo	15,673	1, 122	15,673	0,878	0,35	0,007	0,153	0,914
	Dia da Semana	358,683	1, 122	358,683	28,017	0,00	0,187	1,000	
	Nível Escolar	6,081	1, 122	6,081	0,341	0,56	0,003	0,089	
	Grupo X Dia da Semana	22,902	1, 122	22,902	1,789	0,18	0,014	0,264	
	Grupo X Nível Escolar	0,009	1, 122	0,009	0,000	0,98	0,000	0,050	
	Dia da semana X Nível Escolar	8,811	1, 122	8,811	0,688	0,41	0,006	0,130	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	0,097	1, 122	0,097	0,008	0,93	0,000	0,051	

continua

continuação

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	Sig,	η^2p	π	M de Box
Sozinho	Grupo	42,670	1, 122	42,670	2,393	0,12	0,019	0,336	0,949
	Dia da Semana	575,728	1, 122	575,728	42,259	0,00	0,257	1,000	
	Nível Escolar	35,191	1, 122	35,191	1,973	0,16	0,016	0,286	
	Grupo X Dia da Semana	38,520	1, 122	38,520	2,827	0,10	0,023	0,385	
	Grupo X Nível Escolar	0,232	1, 122	0,232	0,013	0,91	0,000	0,051	
	Dia da semana X Nível Escolar	4,485	1, 122	4,485	0,329	0,57	0,003	0,088	
	Grupo X Dia da semana X Nível Escolar	0,304	1, 122	0,304	0,022	0,88	0,000	0,053	

AVD = atividade de vida diária SQ = Soma dos quadrados; g.l. = grau de liberdade; QM = Quadrado Médio; F = ANOVA; p = p valor; η^2p = tamanho do efeito; π = poder observado; M de Box = teste de igualdade de matrizes de variância e covariância.

Nota: O W de Mauchy foi igual a 1, o que indica esfericidade perfeita para todas as variáveis. Para as variáveis que obtiveram resultado $> ,05$ no Teste M de Box, Marôco (2011, p. 287) informa que a ANOVA é robusta para permitir a violação do pressuposto e recomenda o uso das estatísticas de teste o traço de Pilai, que foi aqui adotado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 19 - ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	Sig.	η^2p	π	M de Box
Sono	Grupo	11,305	1, 122	11,305	2,300	0,13	0,019	0,325	0,012
	Dia da Semana	12,481	1, 122	12,481	8,868	0,00	0,068	0,840	
	Nível Comorbidade	0,536	1, 122	0,536	0,109	0,74	0,001	0,062	
	Grupo X Dia da Semana	3,885	1, 122	3,885	2,760	0,10	0,022	0,378	
	Grupo X Nível Comorbidade	0,069	1, 122	0,069	0,014	0,91	0,000	0,052	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	7,637	1, 122	7,637	5,426	0,02	0,043	0,637	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	1,264	1, 122	1,264	0,898	0,35	0,007	0,156	
AVD*	Grupo	54,140	1, 122	54,140	10,583	0,00	0,080	0,898	0,036
	Dia da Semana	75,195	1, 122	75,195	30,457	0,00	0,200	1,000	
	Nível Comorbidade	13,172	1, 122	13,172	2,575	0,11	0,021	0,357	
	Grupo X Dia da Semana	10,902	1, 122	10,902	4,416	0,04	0,035	0,550	
	Grupo X Nível Comorbidade	0,194	1, 122	0,194	0,079	0,78	0,001	0,059	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	3,019	1, 122	3,019	0,590	0,44	0,005	0,119	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	1,353	1, 122	1,353	0,548	0,46	0,004	0,114	
Lazer	Grupo	2,147	1, 122	2,147	0,213	0,65	0,002	0,074	0,609
	Dia da Semana	116,766	1, 122	116,766	14,187	0,00	0,104	0,962	
	Nível Comorbidade	1,525	1, 122	1,525	0,151	0,70	0,001	0,067	
	Grupo X Dia da Semana	0,583	1, 122	0,583	0,071	0,79	0,001	0,058	
	Grupo X Nível Comorbidade	4,006	1, 122	4,006	0,397	0,53	0,003	0,096	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	42,413	1, 122	42,413	5,153	0,02	0,041	0,615	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	11,837	1, 122	11,837	1,438	0,23	0,012	0,221	

continua

continuação

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	Sig.	η^2p	π	M de Box
Socialização	Grupo	0,002	1, 122	0,002	0,000	0,99	0,000	0,050	0,003
	Dia da Semana	29,351	1, 122	29,351	5,651	0,02	0,044	0,655	
	Nível Comorbidade	10,513	1, 122	10,513	1,726	0,19	0,014	0,256	
	Grupo X Dia da Semana	2,388	1, 122	2,388	0,460	0,50	0,004	0,103	
	Grupo X Nível Comorbidade	0,517	1, 122	0,517	0,085	0,77	0,001	0,060	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	0,006	1, 122	0,006	0,001	0,97	0,000	0,050	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	0,054	1, 122	0,054	0,010	0,92	0,000	0,051	
Família	Grupo	10,865	1, 122	10,865	0,621	0,43	0,005	0,122	0,675
	Dia da Semana	410,243	1, 122	410,243	31,893	0,00	0,207	1,000	
	Nível Comorbidade	46,707	1, 122	46,707	2,668	0,10	0,021	0,367	
	Grupo X Dia da Semana	33,762	1, 122	33,762	2,625	0,11	0,021	0,362	
	Grupo X Nível Comorbidade	14,263	1, 122	14,263	0,815	0,37	0,007	0,146	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	2,023	1, 122	2,023	0,157	0,69	0,001	0,068	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	0,000	1, 122	0,000	0,000	1,00	0,000	0,050	
Sozinho	Grupo	10,865	1, 122	10,865	0,621	0,43	0,005	0,122	0,663
	Dia da Semana	666,657	1, 122	666,657	49,018	0,00	0,287	1,000	
	Nível Comorbidade	46,707	1, 122	46,707	2,668	0,10	0,021	0,367	
	Grupo X Dia da Semana	54,000	1, 122	54,000	3,971	0,05	0,032	0,507	
	Grupo X Nível Comorbidade	14,263	1, 122	14,263	0,815	0,37	0,007	0,146	
	Dia da semana X Nível Comorbidade	3,792	1, 122	3,792	0,279	0,60	0,002	0,082	
	Grupo X Dia da semana X Nível Comorbidade	6,006	1, 122	6,006	0,442	0,51	0,004	0,101	

AVD = atividade de vida diária SQ = Soma dos quadrados; g.l. = grau de liberdade; QM = Quadrado Médio; F = ANOVA; p = p valor; η^2p = tamanho do efeito; π = poder observado; M de Box = teste de igualdade de matrizes de variância e covariância.

Nota: O W de Mauchy foi igual a 1, o que indica esfericidade perfeita para todas as variáveis. Para as variáveis que obtiveram resultado $> ,05$ no Teste M de Box, Marôco (2011, p. 287) informa que a ANOVA é robusta para permitir a violação do pressuposto e recomenda o uso das estatísticas de teste o traço de Pilai, que foi aqui adotado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Na realização das ANOVAS de medidas repetidas, no primeiro conjunto de análises, o grupo (Hemodiálise e Comunidade) e o nível escolar foram considerados fatores entre sujeitos e, os dias da semana, variáveis intrassujeitos (Tabela 18). No segundo conjunto de análises, o grupo e o nível de doenças foram considerados fatores entre sujeitos e os dias da semana, variáveis intrassujeitos (Tabela 19).

A partir dos resultados, nas duas Anovas de medidas repetidas a dois fatores, 1) Grupo por Nível Escolar e 2) Grupo por número de doenças, apresentados nas Tabela 16 e 17, o fato de estar em tratamento de Hemodiálise (grupo) teve efeito principal apenas no uso do tempo destinado às Atividades de Vida Diárias (AVDs): Grupo por Nível Escolar ($F(1, 122) = 11,120, p < ,001, \eta^2_p = ,084 \quad \pi = ,911$); e Grupo por número de doenças ($F(1, 122) = 10,583, p < ,001, \eta^2_p = ,080 \quad \pi = ,898$).

Além do efeito principal da Hemodiálise, para as AVDs identificou-se um efeito principal da variação entre os dias da semana e domingos sobre as horas dedicadas a essas atividades, seja nas ANOVAS com o controle do efeito do nível educacional ($F(1, 122) = 24,013, p > ,001, \eta^2_p = ,164 \quad \pi = ,998$) ou do número de doenças ($F(1, 122) = 30,457, p > ,001, \eta^2_p = ,200 \quad \pi = 1,0$). Os idosos dedicam mais tempo às AVDs durante a semana comparados aos domingos. Bem como, identificou-se um efeito de interação entre o Grupo e variação de dias na semana, na ANOVA de medidas repetidas para o Grupo e número de doenças ($F(1, 122) = 4,416, p = ,004, \eta^2_p = ,035 \quad \pi = ,550$), ilustrado na Figura 4. Pelo exposto, embora todos os idosos dediquem menos horas às AVDs aos domingos, a redução é mais intensa para os idosos em Hemodiálise.

Figura 4 - Médias Marginais estimadas de horas em Atividades de Vida Diária por Grupos e Dias da semana

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Já a variação dos Dias da Semana teve efeito principal no tempo usado para todas as variáveis analisadas, qualquer que fosse o nível de escolaridade (Tabela 16) ou de doenças (Tabela 17), havendo menos atividades sozinho nos domingos e mais atividades de socialização e com a família.

No entanto, assim como nas AVDs, foi identificado um efeito de interação entre o Grupo e Dias da Semana para a variável Atividades Sozinho, na ANOVA de medidas repetidas a dois fatores: no Grupo por número de doenças ($F(1, 122) = 3,971, p = ,005, \eta^2_p = ,032, \pi = ,507$), visualizado na Figura 5, a diferença entre idosos que fazem Hemodiálise e aqueles que não fazem é unicamente explicada pelas horas em Atividades Sozinho realizadas aos domingos, não havendo diferenças nos outros dias da semana. Os idosos em Hemodiálise fazem menos atividades sozinhos ao domingo comparados aos idosos da Comunidade.

Figura 5 - Médias Marginais estimadas de horas em Atividades Sozinho por Grupos e Dias da semana

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

O tempo dedicado ao Sono sofre um efeito principal da variação dos dias da semana tanto na ANOVA de medidas repetidas Grupo por Nível Educacional ($F(1, 122) = 5,691$, $p = ,002$, $\eta^2_p = ,045$ $\pi = ,658$), quanto para a ANOVA de medidas repetidas Grupo por Nível de Comorbidade ($F(1, 122) = 8,868$, $p > ,001$, $\eta^2_p = ,068$ $\pi = ,840$). Portanto, observa-se que os idosos dormiam mais horas aos domingos ($M = 8,46$, $DP = 2,59$) comparados aos dias da semana sem tratamento ($M = 8,11$, $DP = 2,13$); além de um efeito de interação entre a variação de dias da semana e o número de doenças ($F(1, 122) = 5,426$, $p = ,002$, $\eta^2_p = ,043$ $\pi = ,637$). O efeito de interação indica, contudo, que essa tendência é explicada sobretudo pelo fato de que idosos com menos doenças (até quatro) aumentam significativamente as suas horas de sono aos domingos, enquanto isso não acontece com idosos com mais doenças (Figura 6).

Figura 6 - Médias Marginais estimadas de horas de Sono por Dias da semana e Número de Doenças

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

O mesmo ocorre com a variável Atividades de Lazer: sofre um efeito principal da variação dos dias da semana na ANOVA de medidas repetidas a dois fatores Grupo e Nível Escolar ($F(1, 122) = 7,958, p = ,001, \eta^2_p = ,061, \pi = ,799$) e na ANOVA de medidas repetidas a dois fatores Grupo e número de doenças ($F(1, 122) = 14,187, p > ,001, \eta^2_p = ,104, \pi = ,962$). As atividades de Lazer são mais importantes no domingo para todos os idosos independentemente de fazer ou não hemodiálise. Entretanto, um efeito de interação foi observado entre os dias da semana e o número de doenças ($F(1, 122) = 5,153, p = ,002, \eta^2_p = ,041, \pi = ,615$). Dessa forma, um aumento nas horas dedicadas ao Lazer ocorre de maneira mais expressiva para os idosos com menos doenças (Figura 7).

Figura 7 - Médias Marginais estimadas de horas de Lazer por Dias da semana e Número de Doenças

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

O número médio de horas dedicado às atividades de Socialização e com a Família sofreu efeito principal apenas da variação dos dias da semana, sendo o tempo dedicado a essas atividades maior aos domingos. Não foram observados efeitos de interação.

O uso do tempo destinado às categorias de atividades Descanso, Trabalho, Estudo, *Internet* e Outras foi pouco frequente e apresentou distribuição não normal, de maneira que foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, como forma de comparar os grupos. A Tabela 20 apresenta a estatística descritiva e o resultado do teste de Mann-Whitney para as referidas variáveis.

Tabela 20 - Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo por Grupo para variáveis com distribuição não normal. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável	Grupos		<i>U</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	Total (<i>n</i> = 126)
	Hemodiálise (<i>n</i> = 42)	Comunidade (<i>n</i> = 84)				
Dias sem tratamento (M e DP)						
Descanso	0,82 (2,08)	1,01 (1,83)	1552,50	2455,50	0,18	0,95 (1,91)
Trabalho	1,63 (3,61)	2,05 (3,62)	1656,00	2559,00	0,46	1,91 (3,61)
Estudo	0,06 (0,32)	0,32 (1,60)	1761,00	2664,00	0,97	0,23 (1,32)
<i>Internet</i>	0,37 (1,64)	1,23 (2,95)	1511,00	2414,00	0,04	0,94 (2,62)
Outros	1,85 (3,34)	1,07 (1,70)	1744,50	5314,50	0,91	1,33 (2,39)
Domingo (M e DP)						
Descanso	0,68 (2,58)	0,20 (0,98)	1678,00	5248,00	0,29	0,36 (1,70)
Trabalho	0,7 (2,04)	0,88 (1,70)	1581,50	2484,50	0,22	0,82 (1,81)
Estudo	0,00	0,07 (0,46)	1722,00	2625,00	0,32	0,04 (0,38)
<i>Internet</i>	0,31 (1,41)	0,54 (1,71)	1583,50	2486,50	0,10	0,46 (1,61)
Outros	0,58 (1,26)	1,66 (2,47)	1314,00	2217,00	0,01	1,30 (2,20)

M= Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes; *U* = teste de Mann-Whitney; *W* = teste de Wilcoxon; *p* = *p* valor.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Constata-se que há apenas diferença com significância estatística nos dias da semana sem tratamento entre os grupos hemodiálise e comunidade, para o uso do tempo, em horas dedicadas ao uso de *Internet* ($U = 1511$, $W = 2414$, $p = ,044$), por meio do qual se observa que os idosos que não hemodialisam apresentam uso mais frequente.

Já para o uso do tempo nos domingos, os grupos diferenciam-se unicamente quanto às Outras atividades realizadas ($U = 1314$, $W = 2217$, $p = ,009$), sendo que os idosos que hemodialisam usam mais o tempo para estas outras atividades aos domingos.

Após terem sido feitas as comparações e identificadas as diferenças a despeito da escolaridade e do número de doenças, em um dia da semana, as atividades de vida diária entre aqueles que fazem hemodiálise ocupam 19,29% do dia e para os idosos da Comunidade 23,45%, o uso da *Internet* requer 5,12% do dia dos idosos da comunidade e 1,54% do dia dos idosos que dialisam.

Os idosos de ambos os grupos passam 33,79% do dia dormindo, 25% em atividades de lazer, 37,16% sozinhos, 22% com a família e 7,62% em atividades de socialização com outras pessoas. Apesar de menos frequentes na amostra geral, entre aqueles idosos que as realizam, o trabalho ocupa 7,95% do dia; outras atividades 5,54%; o descanso ocupa 3,95%; e o estudo apenas 0,95%. Cabe dizer que o tempo de sono não era concomitante com nenhuma outra atividade.

Aos domingos, o sono ocupava 35,25% do tempo do dia e o lazer 30,54%; para os idosos em hemodiálise, as atividades de vida diária requeriam 12,5% do dia *versus* 20,5% do tempo dos idosos da Comunidade. O tempo sozinho também foi diferente entre idosos em hemodiálise e da comunidade, 18,54% e 29,91%, respectivamente. Quando não estavam sozinhos, 32,45% do tempo estavam na companhia da família ou socializando 10,37%. Entre os idosos em hemodiálise, 2,41% do tempo ao domingo era dedicado a outras atividades e 6,91% para os idosos da comunidade. Finalmente, 3,42% do tempo era destinado ao trabalho, 1,91% para usar *Internet*, 1,5% para descansar, 0,16% para estudar, entre os idosos que as realizavam de ambos os grupos.

O uso do tempo em horas dedicadas às atividades em dia da semana sem tratamento, pelos idosos participantes do estudo, é ilustrado pelo Relógio de Atividades apresentado na Figura 8 e a Figura 9 ilustra o Relógio de Atividades para o uso do tempo do grupo HD em dias de tratamento hemodialítico. A Figura 10 ilustra o Relógio de Atividades para o uso do tempo de todos os idosos em dia de Domingo. As figuras contêm valores aproximados às médias da amostra total, com exceção da Figura 8, que se refere apenas ao grupo HD.

Figura 8 - Relógio de Atividades referente aos Dias da Semana sem Tratamento - Amostra Geral

Figura 9 - Relógio de Atividades referente ao Dia da Semana com Hemodiálise – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 10 - Relógio de Atividades referente ao Domingo - Amostra Geral

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4.6.1.1 Comparação do Uso do Tempo entre dias de tratamento para Grupo Hemodiálise e dias sem tratamento para Grupo Comunidade

Os grupos foram comparados quanto ao tempo dedicado para a realização das atividades sono, lazer, atividades de vida diária, atividades de socialização, com a família e sozinho, em dias de tratamento para os idosos do grupo Hemodiálise *versus* dias sem tratamento para o grupo Comunidade, por meio do teste *t* de *Student*.

Os idosos do Grupo de Hemodiálise em dias de tratamento, passaram significativamente menos horas com a Família, comparados àqueles que não fazem o tratamento ($t(117,712) = 2,137, p = ,035$), realizando atividades de vida diária ($t(126,086) = 5,499, p < ,001$) e de lazer ($t(109,166) = 3,148, p = ,002$), conforme pode ser visto na Figura 8. Quando se compara somente os dias da semana sem tratamento isso não acontece para atividades com a família e de lazer, possibilitando inferir que essas diferenças estão relacionadas ao tratamento, ao passo que para as AVDs a diferença já existia, muito embora pareça acentuar-se quando considerados os dias de tratamento.

A Figura 11 ilustra a o uso do tempo em dias de tratamento para o grupo HD e dias sem tratamento para o grupo Comunidade.

Figura 11 - Médias de Horas em Atividades no Uso do Tempo para os Grupos nos dias da semana com Hemodiálise para o Grupo Hemodiálise e dias da semana sem hemodiálise Grupo Comunidade

*Atividades com diferença estatística entre os grupos no teste *t* de *Student*. HD (hemodiálise).

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4.6.2 Uso do Tempo de Idosos em Tratamento por Hemodiálise

As horas destinadas ao tratamento hemodialítico não permitem comparações entre grupos e entre dias, porque os dados coletados referem-se ao dia de tratamento. Considerou-se como tempo em hemodiálise o intervalo transcorrido desde a ida ao serviço de Nefrologia, a sessão de hemodiálise até e o retorno a casa. Desse modo, o tempo médio de Hemodiálise por sessão foi de 5,94h (DP = 1,31), sendo que o menor tempo foi 3,5h e o maior 9h.

Os dados sobre uso do tempo dos idosos que fazem tratamento hemodialítico serão apresentados por meio da comparação do tempo destinado às atividades Sono, Atividades de Vida Diária, Lazer, Socialização, com a Família e Sozinho, nos três diferentes momentos da semana que foram avaliadas, a saber: dia da semana sem tratamento (momento 1), dia da semana com tratamento (momento 2) e domingo (momento 3). Dados esses apresentados conforme os níveis educacional e de número de doenças dos participantes.

Assim, as Tabelas 21 e 22 apresentam os resultados da comparação entre os dias da semana por meio de duas ANOVAS a um fator para medida repetidas, uma para o nível de escolaridade e outra para o número de doenças, enquanto que as estatísticas descritivas do uso do tempo dos idosos que fazem hemodiálise são apresentadas nas Tabelas 23 e 24, por nível escolar e número de doenças, respectivamente.

Tabela 21 - ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Nível Escolar.
São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Atividade	Fonte de Variação	SQ	G.l.	QM	F	Sig	η^2p	π	M de Box	W de Mauchy
Sono	Dia da Semana	8,663	2, 80	4,331	1,482	0,23	0,036	0,308	0,256	0,281
	Nível Escolar	1,000	1, 40	1,000	0,189	0,67	0,005	0,071		
	Dia da semana X Nível Escolar	1,329	2, 80	0,665	0,227	0,80	0,006	0,084		
AVD*	Dia da Semana	39,299	1,80, 72,15	21,786	7,740	< 0,001	0,162	0,924	0,741	0,02
	Nível Escolar	0,562	1, 40	0,562	0,220	0,64	0,005	0,074		
	Dia da semana X Nível Escolar	5,251	1,80, 72,15	2,911	1,034	0,35	0,025	0,214		
Lazer	Dia da Semana	119,915	2, 80	59,957	7,452	< 0,001	0,157	0,934	0,376	0,064
	Nível Escolar	0,804	1, 40	0,804	0,113	0,74	0,003	0,062		
	Dia da semana X Nível Escolar	19,351	2, 80	9,676	1,203	0,31	0,029	0,256		
Socialização*	Dia da Semana	48,978	1,62, 64,63	30,314	4,193	0,03	0,095	0,654	0,006	0,001
	Nível Escolar	21,282	1, 40	21,282	5,582	0,02	0,122	0,635		
	Dia da semana X Nível Escolar	0,835	1,62, 64,63	0,517	0,071	0,90	0,002	0,060		
Família	Dia da Semana	443,684	2, 80	221,842	22,805	< 0,001	0,363	1,000	0,596	0,066
	Nível Escolar	1,459	1, 40	1,459	0,125	0,73	0,003	0,064		
	Dia da semana X Nível Escolar	4,112	2, 80	2,056	0,211	0,81	0,005	0,082		
Sozinho	Dia da Semana	399,515	2, 80	199,758	11,506	< 0,001	0,223	0,992	0,909	0,572
	Nível Escolar	2,240	1, 40	2,240	0,286	0,60	0,007	0,082		
	Dia da semana X Nível Escolar	21,166	2, 80	10,583	0,610	0,55	0,015	0,148		

AVD = atividade de vida diária; SQ = Soma dos quadrados; g.l. = grau de liberdade; QM = Quadrado Médio; F = ANOVA; p = p valor; η^2p = tamanho do efeito; π = poder observado; M de Box = teste de igualdade de matrizes de variância e covariância; W de Mauchy = teste de esfericidade.

Nota: Para as variáveis que obtiveram resultado $> .05$ no Teste M de Box, Marôco (2011, p. 287) informa que a ANOVA é robusta para permitir a violação do pressuposto. *Os resultados dos testes de esfericidade formam significativos para as variáveis, entretanto, Marôco (2014) recomenda o uso das estatísticas de teste Huynh-Feldt que foi aqui adotado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 22 - ANOVAS de medidas repetidas para o Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Atividade	Fonte de Variação	SQ	g.l.	QM	F	<i>p</i>	η^2p	π	M de Box	W de Mauchy
Sono	Dia da Semana	13,418	2, 80	6,709	2,364	0,10	0,056	0,465	0,049	0,303
	Número de Doenças	0,854	1, 40	0,854	0,161	0,69	0,004	0,068		
	Dia da semana X Número de Doenças	8,117	2, 80	4,058	1,430	0,25	0,035	0,298		
AVD*	Dia da Semana	57,352	1,81, 72,44	31,669	11,063	< 0,001	0,217	0,984	0,148	0,022
	Número de Doenças	1,248	1, 40	1,248	0,491	0,49	0,012	0,105		
	Dia da semana X Número de Doenças	0,979	1,81, 72,44	0,541	0,189	0,81	0,005	0,077		
Lazer	Dia da Semana	182,688	2, 80	91,344	11,840	< 0,001	0,228	0,993	0,054	0,088
	Número de Doenças	0,634	1, 40	0,634	0,089	0,77	0,002	0,060		
	Dia da semana X Número de Doenças	45,783	2, 80	22,891	2,967	0,06	0,069	0,562		
Socialização*	Dia da Semana	51,953	1,61, 64,50	32,221	4,445	0,02	0,100	0,680	0,019	0,001
	Número de Doenças	1,584	1, 40	1,584	0,368	0,55	0,009	0,091		
	Dia da semana X Número de Doenças	0,540	1,61, 64,50	0,335	0,046	0,93	0,001	0,056		
Família*	Dia da Semana	514,304	1,87, 74,67	275,518	27,187	< 0,001	0,405	1,000	0,786	0,048
	Número de Doenças	20,008	1, 40	20,008	1,786	0,19	0,043	0,257		
	Dia da semana X Número de Doenças	25,653	1,87, 74,67	13,743	1,356	0,26	0,033	0,275		
Sozinho	Dia da Semana	467,187	2, 80	233,593	13,356	< 0,001	0,250	0,997	0,708	0,53
	Número de Doenças	3,561	1, 40	3,561	0,457	0,50	0,011	0,101		
	Dia da semana X Número de Doenças	10,806	2, 80	5,403	0,309	0,74	0,008	0,098		

AVD = atividade de vida diária; SQ = Soma dos quadrados; g.l. = grau de liberdade; QM = Quadrado Médio; F = ANOVA; *p* = *p* valor; η^2p = tamanho do efeito; π = poder observado; M de Box = teste de igualdade de matrizes de variância e covariância; W de Mauchy = teste de esfericidade.

Nota: Para as variáveis que obtiveram resultado > .05 no Teste M de Box, Marôco (2011, p. 287) informa que a ANOVA é robusta para permitir a violação do pressuposto. *Os resultados dos testes de esfericidade formam significativos para as variáveis, entretanto, Marôco (2014) recomenda o uso das estatísticas de teste Huynh-Feldt que foi aqui adotado.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 23 - Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Nível de escolaridade. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)		Dias da Semana		
		Dias sem HD	Hemodiálise	Domingo
Sono	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	8,48 (2,74) ^a	8,43 (2,62) ^a	9,24 (3,17) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	8,12 (1,58) ^a	8,38 (2,37) ^a	8,65 (2,71) ^a
	Total	8,37 (2,43) ^a	8,42 (2,52) ^a	9,06 (3,01) ^a
AVD	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	4,88 (2,82) ^a	3,53 (1,68) ^b	2,91 (1,84) ^b
	5 ou mais anos de Estudo	4,08 (2,13) ^a	3,31 (1,25) ^b	3,19 (1,82) ^b
	Total	4,63 (2,63) ^a	3,46(1,55) ^b	3,00 (1,82) ^b
Lazer	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	5,38 (3,57) ^a	4,14 (2,74) ^b	7,43 (4,12) ^a
	5 ou mais anos de Estudo	6,54 (4,08) ^a	4,73 (2,45) ^b	6,58 (3,88) ^a
	Total	5,74 (3,72) ^a	4,32 (2,64) ^b	7,17 (4,02) ^a
Socialização	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	1,26 (1,65) ^{av}	0,67 (1,45) ^{bv}	2,10 (3,11) ^{cv}
	5 ou mais anos de Estudo	2,73 (2,98) ^{aw}	2,04 (2,78) ^{bw}	3,88 (5,16) ^{cw}
	Total	1,71 (2,22) ^a	1,10 (2,02) ^{ab}	2,65 (3,89) ^c
Família	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	4,95 (3,66) ^a	3,78 (2,84) ^b	8,76 (5,20) ^c
	5 ou mais anos de Estudo	5,88 (4,98) ^a	4,04 (3,35) ^b	8,77 (5,68) ^c
	Total	5,24 (4,08) ^a	3,86 (2,97) ^b	8,76 (5,28) ^c
Sozinho	Escolaridade			
	0 até 4 anos de Estudo	9,31 (5,01) ^a	7,86 (3,39) ^a	4,67 (4,56) ^b
	5 ou mais anos de Estudo	7,85 (4,57) ^a	8,54 (4,48) ^a	3,96 (4,39) ^b
	Total	8,86 (4,87) ^a	8,07 (3,72) ^a	4,45 (4,47) ^b

M = Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes. O fato das letras ao lado dos resultados (a, b, c, v e w) serem idênticas indica que não há diferenças significativas entre as médias dos dias da semana.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 24 - Estatística Descritiva e comparação do Uso do Tempo de Idosos em Hemodiálise por Dias da Semana e Número de Doenças. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variável – M (DP)		Dias da Semana		
		Dias sem HD	Dias com HD	Domingo
Sono	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	8,13 (2,45) ^a	8,79 (2,81) ^a	9,39 (2,36) ^a
	5 ou mais doenças	8,57 (2,45) ^a	8,11 (2,28) ^a	8,78 (3,49) ^a
	Total	8,37 (2,43) ^a	8,42 (2,52) ^a	9,06 (3,01) ^a
AVD	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	4,32 (2,48) ^a	3,29 (1,50) ^b	2,92 (1,70) ^c
	5 ou mais doenças	4,89 (2,77) ^a	3,61 (1,61) ^b	3,07 (1,94) ^b
	Total	4,63 (2,63) ^a	3,46 (1,55) ^b	3,00 (1,82) ^b
Lazer	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	5,34 (2,75) ^{ab}	4,05 (2,21) ^b	8,24 (3,59) ^{ac}
	5 ou mais doenças	6,07 (4,40) ^a	4,54 (2,97) ^b	6,28 (4,22) ^a
	Total	5,74 (3,72) ^a	4,32 (2,64) ^b	7,17 (4,02) ^a
Socialização	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	2,00 (2,31) ^{ab}	1,21 (2,04) ^a	2,89 (3,98) ^b
	5 ou mais doenças	1,48 (2,17) ^{ab}	1,00 (2,05) ^a	2,46 (3,88) ^b
	Total	1,71 (2,22) ^{ab}	1,10 (2,02) ^a	2,65 (3,89) ^b
Família	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	4,24 (3,51) ^a	3,79 (3,19) ^a	7,65 (5,52) ^b
	5 ou mais doenças	6,07 (4,39) ^a	3,91 (2,84) ^a	9,76 (4,98) ^b
	Total	5,24 (4,08) ^a	3,86 (2,97) ^a	8,76 (5,28) ^b
Sozinho	Número de Doenças			
	0 até 4 doenças	9,63 (4,65) ^a	8,13 (3,35) ^a	4,58 (4,33) ^b
	5 ou mais doenças	8,22 (5,05) ^a	8,02 (4,07) ^a	4,35 (4,67) ^b
	Total	8,86 (4,87) ^a	8,07 (3,72) ^a	4,45 (4,47) ^b

M = Média; DP = Desvio-Padrão; *n* = número de participantes. O fato das letras ao lado dos resultados (a, b e c) serem idênticas indica que não há diferenças significativas entre as médias dos dias da semana.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Foram verificados todos os pressupostos exigidos para a realização de ANOVAS de medidas repetidas. Segundo Marôco (2011), as variáveis devem apresentar uma distribuição normal (assimetria e curtose), estar correlacionadas (teste de correlação de Spearman), bem como existir igualdade de variâncias (teste de Levene) e esfericidade (teste de Mauchy). A variação dos tipos de dias da semana foi considerada variável intrassujeitos e os níveis de escolaridade e de número de doenças, fatores entre sujeitos; o teste de comparações múltiplas com correção de Bonferoni foi usado para identificar diferenças entre as médias de horas dedicadas às atividades nos três momentos.

Por meio das ANOVAs de medidas repetidas a um fator, tanto quando se considerou como variável moderadora o nível educacional (Tabela 21) como o número de doenças (Tabela 22), foi possível identificar um efeito principal da mudança significativa de dias sobre o uso do tempo para as Atividades de Vida Diária, Lazer, Socialização, com a Família e Sozinho, excetuando-se apenas o tempo dedicado ao sono, que se mostrou regular em média de horas.

Não houve efeito do nível educacional para a maioria dessas variáveis. O nível educacional teve um efeito principal sobre o uso do tempo dedicado somente às Atividades de Socialização e o número de doenças não teve efeito principal sobre o uso do tempo dos idosos que fazem hemodiálise. Como não houve efeito de interação entre a variação dos dias da semana, o nível educacional e o número de doenças pode-se afirmar que as diferenças observadas entre os dias da semana manifestaram-se qualquer que fosse o nível educacional ou o número de doenças.

Entretanto, como as diferenças manifestam-se entre os três momentos distintos na semana, cabe identificar onde ocorre a variação entre o tempo usado para cada atividade (Tabela 23 e Tabela 24), o que será descrito a seguir.

Dessa forma, para as Atividades de Vida Diária, verificou-se uma redução significativa da média de horas gastas em sua realização entre os dias sem tratamento, os dias de hemodiálise e o domingo, qualquer que fosse o nível de escolaridade ($F(1,693, 67,713) = 7,740, p = ,002, \eta^2_p = ,162, \pi = 0,912$). O teste de *post-hoc* de Bonferroni demonstra que a redução ocorre de modo significativo apenas entre os dias da semana sem tratamento para os domingos, não havendo diferença entre os dias da semana sem e com tratamento, por um lado, e entre esses últimos e os domingos, pelo outro, o que pode ser visto na Figura 12. Quando considerado o número de doenças ($F(1,699, 67,694) = 11,063, p < ,001, \eta^2_p = ,217, \pi = 0,979$), o teste de Bonferroni mostrou haver diferenças entre dias sem tratamento e outros, mas não entre dias com HD e domingos (Figura 13).

Figura 12 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Vida Diária por nível escolar – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 13 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Vida Diária por número de doenças – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Quanto às atividades de Lazer, o efeito principal da variação entre os momentos da semana é justificado pela redução das horas médias dedicadas ao Lazer nos dias de HD comparados aos dias sem HD, independente do nível escolar ($F(2, 80) = 7,452$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,157$ $\pi = 0,934$) e do número de doenças ($F(2, 80) = 11,840$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,228$ $\pi = ,993$), resultados que podem ser visualizados nas Figuras 14 (nível educacional) e 15 (número de doenças).

Figura 14 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Lazer por nível de escolaridade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 15 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Lazer por nível de comorbidade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Já as Atividades de Socialização, como dito anteriormente, sofreram efeito principal da variação entre os dias da semana. A diferença foi identificada apenas entre os dias da semana com HD e os domingos, qualquer que fosse o nível escolar ($F(1,528, 61,104) = 4,193$, $p = ,029$, $\eta^2_p = ,095$, $\pi = ,722$) e o número de doenças ($F(1,525, 60,988) = 4,445$, $p = ,024$, $\eta^2_p = ,100$, $\pi = ,663$), quando se observa um aumento de horas médias.

Do mesmo modo, o nível educacional também exerce um efeito principal sobre a realização de atividades de Socialização ($F(1,40) = 5,582$, $p = ,023$, $\eta^2_p = ,122$, $\pi = ,635$), que é explicado pelo fato de que os idosos com maior nível escolar apresentarem mais horas médias de socialização nos três dias em que foram avaliados.

Além de também sofrer um efeito principal do nível educacional ($F(1,40) = 5,582$, $p = ,023$, $\eta^2_p = ,122$, $\pi = ,635$), que é explicado pelo fato de que os idosos com maior nível escolar que fazem hemodiálise apresentarem mais horas médias de socialização nos três momentos

avaliados, quando comparados àqueles com menor escolaridade (Figura 16). Não foi observado efeito do número de doenças ($F(1, 40) = 0,368$, $p = ,548$, $\eta^2_p = ,009$, $\pi = ,091$) (Figura 17).

Figura 16 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Socialização por nível educacional – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 17 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades de Socialização por nível de comorbidade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

De acordo com a Figura 18, o tempo despendido para Atividades com a Família sofreu efeito principal da variação dos dias da semana em todos os níveis educacionais ($F(2, 80) = 22,805, p < ,001, \eta^2_p = ,363 \pi = 1,0$), sendo verificado um aumento de horas entre os dias da semana com e sem HD, e os domingos, com redução significativa nos dias de HD. De acordo com o número de doenças ($F(1,87, 74,67) = 27,187, p < ,001, \eta^2_p = ,405 \pi = 1,0$), Figura 19, não houve diferenças significativas entre dias com e sem HD, mas entre esses dias e os domingos.

Figura 18 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades com a Família por nível escolaridade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 19 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades com a Família por nível de comorbidade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Finalmente, para as Atividades Sozinho, a variação dos dias da semana teve efeito principal qualquer que fosse o nível educacional, Figura 20 ($F(2,80) = 11,506$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,223$, $\pi = ,992$) e o número de doenças, Figura 21 ($F(2,80) = 13,356$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,250$, $\pi = ,997$), sendo observadas para ambos os casos, uma redução significativa de horas em atividades sozinho nos domingos. Não houve diferenças entre os dias com e sem HD, assim como não houve efeitos de interação identificados.

Figura 20 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades Sozinho por nível escolar – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Figura 21 - Médias estimadas de horas dedicadas às Atividades Sozinho por nível de comorbidade – Grupo Hemodiálise

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

A partir dos dados apresentados sobre o uso do tempo de idosos que fazem hemodiálise, pode-se concluir que a necessidade de destinar tempo para o tratamento hemodialítico reduz o tempo para atividades de lazer, de socialização e passadas com a família e, quando considerado a fator número de doenças, também diminui o tempo dedicado às Atividades de Vida Diária e com a Família. Já o Domingo, para os dois fatores, quando comparado aos dias da semana (com e sem tratamento) aumenta o tempo em Atividades com a Família e reduz o tempo de Atividades Sozinho. No entanto, se comparado apenas aos dias da semana sem tratamento diminui as horas dedicadas às Atividades de Vida Diária e, na comparação com dias de tratamento hemodialítico, aumentam as Atividades de Socialização e de Lazer.

4.7 Associação entre variáveis Sociodemográficas, Clínicas, Atividades Prazerosas e Uso do Tempo e os indicadores da Felicidade

De modo a melhor compreender as razões da variação da Felicidade em participantes do grupo Comunidade e do grupo Hemodiálise, nesta seção serão apresentados resultados referentes à associação das variáveis Sociodemográficas, Clínicas, Atividades Prazerosas e do Uso do Tempo com a Felicidade, verificando quais dessas, de fato, se correlacionam com o constructo operacionalizado pela Satisfação com a Vida, Afetos Positivos e Afetos Negativos.

Como forma de verificar a associação entre as variáveis, foram feitas correlações bivariadas de Pearson, as quais serão apresentadas por agrupamentos de variáveis a seguir.

4.7.1 Associação entre a Felicidade e as variáveis sociodemográficas

A Tabela 25 apresenta as correlações entre variáveis que compõem o constructo da Felicidade ou Bem-Estar Subjetivo e variáveis sociodemográficas para toda a amostra de participantes do estudo e por grupos. Para efeitos de permitir que fosse correlacionado aos indicadores de Felicidade, a variável gênero foi transformada em *dummy*, sendo o valor zero atribuído às mulheres e valor um aos homens.

Tabela 25 - Correlações entre os indicadores de Felicidade e variáveis Sociodemográficas, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Sexo	,255**	,291**	-,321**	0,210	0,180	-0,126	,282**	,351**	-,417**
Idade	0,023	0,007	0,051	0,124	0,062	0,156	-0,033	-0,017	0,006
Escolaridade	0,056	0,109	-,248**	-0,141	0,050	-0,072	0,116	0,172	-,284**
Valor Renda	0,104	0,161	-0,120	0,133	0,179	-0,003	0,092	0,180	-0,142
Situação Laboral	,233*	0,165	-0,108	0,281	0,284	-0,267	0,204	0,139	-0,022
Situação Conjugal	0,137	0,161	-0,162	0,194	0,153	-0,117	0,102	0,173	-0,180
Ter Filhos	0,044	0,175	-0,006	0,173	0,298	-0,107	-0,061	0,109	0,077
Nº Filhos	-0,110	-0,161	,201*	0,055	-0,049	0,007	-0,201	-0,213	,299**

** A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Constata-se, antes de tudo, a ausência de associação entre o fato de fazer ou não Hemodiálise e os indicadores de Felicidade (satisfação com a vida $r = -0,038$ $p = 0,671$, afetos positivos $r = 0,099$ $p = 0,270$ e negativos $r = 0,102$ $p = 0,256$), bem como não são encontradas associações entre os indicadores da Felicidade e: a idade, a renda, a situação conjugal e ter ou não filhos para os idosos participantes da pesquisa (Tabela 25). Foi ainda verificado que nenhuma das outras variáveis sociodemográficas está associada à Felicidade nos grupos de hemodiálise.

Contudo, o gênero esteve associado à Felicidade na amostra total e entre os participantes que não fazem hemodiálise. Assim, ser do gênero masculino, na amostra total e no grupo da Comunidade, apresentou associação baixa, porém positiva com a Satisfação com a Vida e os afetos positivos, e associação moderada e negativa com afetos negativos (Tabela 25), explicando 6% da variação da satisfação com a vida em geral, 8% dos afetos positivos e 10% dos afetos negativos na amostra total. Esse resultado na amostra geral é essencialmente devido ao grupo da Comunidade, no qual explica 8% da variação da satisfação com a vida, 12% dos afetos positivos e 22% dos afetos negativos.

Da mesma forma, ter mais anos de estudo e maior número de filhos esteve associado de modo negativo e fraco com os afetos negativos, explicando 6% e 4% da variação na amostra geral, respectivamente, e também entre os idosos que não fazem hemodiálise, com 8% da variação explicada pela escolaridade e 9% pelo número de filhos (Tabela 25).

Apenas na amostra geral, ter uma situação laboral ativa esteve associado de modo fraco e positivo à maior satisfação com a vida, explicando somente 5% de variação dos resultados nessa variável (Tabela 25).

Se a necessidade de realizar Hemodiálise não esteve associada à Felicidade dos participantes da pesquisa, outras variáveis parecem ter um impacto na Felicidade dos idosos quando não fazem hemodiálise. Nesses casos, a Felicidade mostrou-se positivamente associada ao fato de ser homem, ter maior nível escolar e trabalhar (situação laboral ativa) e negativamente associada a ter mais filhos. Tais associações não foram observadas em idosos que fazem hemodiálise.

4.7.2 Associação entre indicadores de Felicidade e as variáveis clínicas e sintomas depressivos

Como variáveis clínicas foram consideradas, para a realização de correlações de Pearson, o número total de doenças e autoavaliação do estado de saúde para todos os participantes deste estudo. O mesmo foi feito para o total de sintomas depressivos apresentados, os quais são apresentados na Tabela 26. Para aqueles que realizam tratamento por Hemodiálise foram também considerados o número de complicações clínicas e o tempo de tratamento.

Tabela 26 - Correlações entre indicadores de Felicidade, número de doenças, autoavaliação do estado de saúde e sintomas depressivos, na Amostra Geral e por Grupo.

São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Número de doenças	-,178*	-,232**	0,112	-0,129	-0,136	0,114	-,220*	-,252*	0,145
Autoavaliação da saúde	,392**	,424**	-,282**	,529**	,403**	-0,097	,354**	,464**	-,333**
Sintomas Depressivos	-0,603	-0,688	0,617	-0,549**	-0,656**	,523**	-0,635**	-0,729**	,651**

** A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Retomando os dados apresentados no início da seção de Resultados desta pesquisa, lembra-se que os grupos são diferentes quanto ao número de doenças, sendo que o grupo que não faz hemodiálise referiu maior número delas.

Os resultados demonstram que, na amostra geral e no grupo da Comunidade, o número de doenças esteve associado de modo fraco e negativo com a satisfação com a vida, com impacto na amostra total, explicando apenas 3% de sua variação na amostra geral e 5% no grupo Comunidade; e com os afetos positivos, no qual explica 5% da variação na amostra geral e 6% entre os idosos da Comunidade. Essas associações não foram observadas entre aqueles idosos que hemodialisam, como pode ser visualizado na Tabela 26. O número de doenças nunca esteve associado aos afetos negativos nesta amostra.

A autoavaliação do estado de saúde está associada positivamente com a satisfação com a vida e os afetos positivos, tanto na amostra geral, na qual explica 15% e 17% da variação dessas variáveis, respectivamente, como quando considerados os grupos separadamente. Dessa forma, 31% da satisfação com a vida e 16% dos afetos positivos são explicados pela forma como as pessoas percebem-se saudáveis entre o grupo que faz Hemodiálise e, entre os idosos da Comunidade, 12% da satisfação com a vida e 21% dos afetos positivos são explicados pela autoavaliação do estado de saúde.

Entretanto, a autoavaliação do estado de saúde é inversamente associada aos afetos negativos, somente na amostra geral e no grupo de idosos da Comunidade, ou seja, quanto melhor os idosos autoavaliaram sua saúde, menor o número de afetos negativos referidos, explicando 8% e 11%, respectivamente, da variação dos afetos negativos (Tabela 26).

Para o grupo de idosos que fazia Hemodiálise, o número de complicações não esteve associado à satisfação com a vida ($r_s(42) = - ,104, p = ,514$), nem aos afetos positivos ($r_s(42) = - ,247, p = ,114$) e, tampouco aos afetos negativos ($r_s(42) = ,286, p = ,066$). Contudo, o tempo de realização do tratamento por Hemodiálise esteve inversa e moderadamente associado à Satisfação com a Vida ($r_s(42) = - ,455, p = ,002$), explicando 21% de sua variação, mas não apresentou associação ($r_s(42) = - ,235, p = ,134$) com afetos positivos e negativos ($r_s(42) = - ,018, p = ,908$).

Os sintomas depressivos apresentam correlação moderada com os indicadores de Felicidade, seja na amostra geral ou na análise por grupos. Assim, para a satisfação com a vida, os sintomas depressivos associam-se negativamente, explicando 36% da variação observada na

amostra geral, 30% entre os idosos que fazem Hemodiálise e 40% para os da Comunidade. Para os afetos positivos, também são observadas correlações negativas, sendo que 47% da variação observada na amostra geral, 43% no grupo Hemodiálise e 53% no grupo Comunidade se devem aos sintomas depressivos. Os afetos negativos apresentam associação positiva com a sintomatologia depressiva e a porcentagem explicada da variação para a amostra geral é 38%, para os idosos em tratamento hemodialítico é 27% e para os idosos da comunidade, 42%.

Pelo exposto, para os idosos que fazem Hemodiálise não há impacto do número de doenças na Felicidade, enquanto seu impacto é negativo para aqueles idosos da Comunidade. Já a forma como os idosos avaliam a própria saúde interfere nos indicadores de satisfação com a vida e nos afetos positivos: entre os participantes, independentemente do grupo, perceber-se mais saudável significou estar mais satisfeito com a vida e sentir mais afetos positivos. Além disso, o fato de avaliar melhor a própria saúde diminui a vivência de afetos negativos, embora somente na amostra geral e entre os idosos que não se fazem hemodiálise. A intensidade dos sintomas depressivos está associada aos indicadores de Felicidade no sentido previsto em todos os idosos, independentemente do fato de fazer ou não Hemodiálise.

4.7.3 Associação entre indicadores de Felicidade e as Atividades Prazerosas

Com objetivo de verificar a associação das atividades prazerosas com os indicadores da Felicidade, foram testadas a agradabilidade e a frequência de realização para os quatro fatores de atividades prazerosas: Socialização, Relaxantes, Competência e Práticas, conforme resultados da Tabela 27.

Tabela 27 - Correlações entre indicadores de Felicidade e fatores de Atividades Prazerosas (subescalas Agradabilidade e Frequência), na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Atividades Prazerosas - Agradabilidade								
	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Socialização	,281**	,312**	-,227*	0,300	0,278	-,427**	,266*	,359**	-0,113
Relaxantes	,186*	,233**	-,252**	0,268	,399**	-,432**	0,137	0,185	-0,150
Competência	,300**	0,148	-,222*	,532**	,347*	-,465**	0,161	0,061	-0,089
Práticas	-0,008	-0,012	0,018	-0,015	0,070	-0,171	-0,019	-0,023	0,160

Variáveis	Atividades Prazerosas - Frequência								
	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Socialização	,328**	,507**	-,268**	,398**	,555**	-,389*	,295**	,520**	-0,204
Relaxantes	,197*	,366**	-,274**	,359*	,479**	-,546**	0,120	,313**	-0,166
Competência	,302**	,325**	-0,074	,501**	,504**	-,378*	0,194	,244*	0,069
Práticas	0,005	0,020	0,146	-0,070	0,113	-0,124	0,053	-0,035	,303**

** A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Assim, na amostra total, as atividades de Socialização e Relaxantes, tanto em termos de agradabilidade quanto de frequência, estão associadas de modo positivo com a Satisfação com a vida e os Afetos positivos e, inversamente, com os afetos negativos, cuja intensidade da associação foi de fraca a moderada (Tabela 27).

De modo mais detalhado, a agradabilidade das atividades de Socialização é responsável por 8% da variação da satisfação com a vida, 10% dos afetos positivos e 5% dos afetos negativos. Sua frequência é responsável por 11% da satisfação com a vida, 26% dos afetos positivos e 7% dos afetos negativos, na amostra geral.

Entretanto, quando é analisado somente o Grupo Hemodiálise, na subescala agradabilidade das atividades de Socialização, estas estão inversamente associadas com os afetos negativos apenas, de maneira moderada, respondendo por 18% da sua variação. Por sua vez, a frequência das atividades de Socialização responde por 16% da variação da satisfação com a vida, 31% dos afetos positivos e 15% dos afetos negativos para os idosos desse grupo.

Entre os idosos da Comunidade, na dimensão de agradabilidade, as atividades de Socialização associam-se positivamente com a Satisfação com a vida e os afetos positivos (mas não com aos afetos negativos), explicando 7% da variação da satisfação com a vida e 13% dos afetos positivos. Sua frequência explica 9% da variação com satisfação com a vida e 27% dos afetos positivos.

As atividades Relaxantes também associam-se de modo diferente aos indicadores de Felicidade na amostra geral e de acordo com os grupos de participantes (Tabela 27). As atividades Relaxantes, na amostra geral, na dimensão da agradabilidade, estão inversamente associadas e explicam 6% da variação dos afetos negativos e, positivamente associadas, explicam apenas 5% da variação dos afetos positivos e 3% da satisfação com a vida. Entretanto, na dimensão da frequência, estão também inversamente associadas aos afetos negativos e explicam 7% de sua a variação e, igualmente associadas de modo positivo aos afetos positivos e à satisfação, explicam 13% e 4% de sua variação, respectivamente.

Entre os idosos que fazem Hemodiálise, considerar agradáveis as atividades Relaxantes esteve associado positivamente com os Afetos Positivos e explicou 15% da variação da variável, ao passo que, negativamente, com os Afetos Negativos, com 19% de sua variação sendo explicada. Já realizar com frequência atividades Relaxantes, para o grupo em tratamento está associada de modo positivo com a Satisfação com a Vida, explicando 13% de sua variação e

também com os Afetos Positivos, onde responde por 23% da variação e apresentou-se inversamente associado com afetos negativos, explicando 30% da variação observada. Entre aqueles que não fazem o tratamento, essas atividades associaram-se positivamente com os Afetos Positivos apenas, explicando 9% da variação encontrada.

As atividades de Competência, na amostra geral e entre os idosos que hemodialisam (Tabela 27), estão associadas de modo positivo com a Satisfação com a vida, tanto na subescala agradabilidade quanto na de frequência, explicando 25% e 28% da variação observada em cada uma das medidas no grupo que HD, sendo de 9% para ambas na amostra total. Associa-se ainda aos afetos positivos dos idosos que fazem hemodiálise de modo positivo, no qual explica 14% da variação na agradabilidade e 25% na frequência; e, inversamente aos afetos negativos, na amostra geral (5% da variação) e entre idosos do grupo Hemodiálise, explicando 22% da variação a subescala de agradabilidade e 14% subescala de frequência. A subescala de agradabilidade não associa essas atividades aos indicadores de Felicidade para os idosos da comunidade. Na subescala de frequência, associa-se aos afetos positivos na amostra geral e, entre idosos da comunidade, explicando 10% da variação destes afetos para todos os participantes e 6% para os que não fazem.

As atividades Práticas associaram-se positivamente aos afetos negativos dos idosos que não realizam hemodiálise, explicando 9% da variação encontrada e não se associando a nenhuma outra variável.

A partir dos resultados apresentados, é possível afirmar que a realização de Atividades Prazerosas associa-se aos indicadores de Felicidade. Na amostra geral e entre os idosos que fazem Hemodiálise, considerar agradáveis e realizar atividades de Socialização e Relaxantes pode contribuir para melhorar a satisfação com a vida, ter mais afetos positivos e menos afetos negativos. As atividades ditas de Competência, ao serem realizadas e consideradas agradáveis, podem aumentar a satisfação com a vida e os afetos positivos para os idosos que fazem hemodiálise e reduzir os afetos negativos nesse grupo de idosos.

Os idosos da Comunidade, apesar de não terem reduzidos os afetos negativos, sentem mais afetos positivos e maior satisfação com a vida ao praticar atividades de Socialização. Além de sentirem mais afetos positivos ao realizar aquelas atividades que são Relaxantes e de Competência, paradoxalmente sentem mais afetos negativos ao realizar atividades Práticas.

4.7.4 Associação entre indicadores de Felicidade e o Uso do Tempo

As correlações entre os indicadores de Felicidade e as horas dedicadas ao Uso do tempo destinado às atividades de Sono, Vida Diária, Lazer, Socialização, com a Família e Sozinho são apresentadas na Tabela 28. Foram analisadas separadamente o uso do tempo nos dias da semana (sem tratamento) e aos domingos.

Tabela 28 - Correlações entre indicadores de Felicidade e horas médias destinadas às atividades do Uso do Tempo em Dias sem tratamento e Domingo, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Uso do Tempo em dias Sem Tratamento									
Variáveis	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Sono	0,023	-0,090	,199*	-0,088	-0,275	,463**	0,106	0,011	0,036
Vida Diária	-0,055	-0,003	-0,021	0,267	,383*	-,408**	-,231*	-0,159	0,173
Lazer	-0,078	-0,059	-0,035	-0,265	-0,148	0,165	0,025	-0,006	-0,123
Socialização	,203*	,247**	-,185*	0,274	,408**	-0,192	0,170	0,186	-0,179
Família	-0,027	0,027	-0,063	0,106	0,158	0,048	-0,091	-0,029	-0,107
Sozinho	-0,072	-0,093	0,061	-0,131	-0,133	-0,200	-0,041	-0,073	0,185

Uso do Tempo aos Domingos									
Variáveis	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Sono	0,058	-0,076	0,172	-0,160	-,394**	,389*	,228*	0,105	0,019
Vida Diária	-0,088	-0,098	-0,002	-0,012	0,160	-0,139	-0,154	-0,152	0,102
Lazer	-0,055	0,082	-0,077	-0,188	0,036	-0,085	0,022	0,113	-0,069
Socialização	,190*	,199*	-,233**	,322*	,332*	-,354*	0,099	0,109	-0,171
Família	0,113	,262**	-0,031	0,216	,337*	-0,183	0,064	0,208	0,021
Sozinho	-,225*	-,310**	0,066	-0,293	-,311*	0,198	-0,212	-,295**	0,043

** A correlação é significativa no nível 0,01. * A correlação é significativa no nível 0,05.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Os dados demonstram que as horas dedicadas ao Sono em dias da semana sem tratamento estão negativamente associadas à Felicidade já que se correlacionam com afetos negativos de modo positivo, explicando 4% da variação para a amostra total e 21% para o grupo que faz hemodiálise. Contudo, aos domingos, as horas de Sono associam-se à Satisfação com a Vida para os idosos da Comunidade de modo positivo, explicando 5% da variação observado. Ainda no que se refere a os idosos que fazem hemodiálise, o Sono está associado negativamente aos afetos positivos e positivamente aos afetos negativos, com 15% da variação explicada para ambas as variáveis. Ou seja, aos finais de semana, só os idosos da Comunidade ficam mais satisfeitos ao dormir mais horas, enquanto que, para aqueles que fazem hemodiálise, está associado à menor Felicidade.

A realização de Atividades de Vida Diária, pelo contrário, em dias da semana sem tratamento, está negativamente associada à Satisfação com a vida dos idosos do grupo da Comunidade, ao explicar 5% da variação. Entretanto, negativamente aos afetos negativos ao grupo que faz Hemodiálise, no qual responde por 17% da variação. Isso significa que para aqueles idosos que fazem o tratamento, passar mais horas em atividades de vida diária em dias sem tratamento está associado à maior Felicidade já que diminui os afetos negativos, enquanto que o oposto se observa naqueles idosos da Comunidade, diminuindo a satisfação com a vida.

As horas dedicadas às atividades de Socialização estão associadas, na amostra geral e entre os que fazem Hemodiálise, tanto em dias da semana quanto aos domingos, positivamente à Satisfação com a Vida e afetos positivos e negativamente aos afetos negativos, enquanto nenhuma relação foi observada no grupo Comunidade. Observa-se que essa associação entre variáveis é essencialmente devida ao no grupo de idosos que faz Hemodiálise, aos domingos, que explicam 10% da variação observada na satisfação com a vida e 11% nos afetos positivos. Entretanto, em dias da semana sem tratamento, a associação é identificada apenas para os afetos positivos nesse grupo, no qual explica 17% da variação observada. Na amostra geral, em dias da semana sem tratamento e domingos, as horas em atividades de socialização explicam 4% da satisfação com a vida, em ambos momentos, 6% e 4% dos afetos positivos e 3% e 5% dos afetos negativos, respectivamente. As horas em atividades de socialização não se associaram aos indicadores de Felicidade para o grupo da comunidade.

As horas junto da família aos finais de semana associaram-se positivamente aos afetos positivos aos domingos, tanto para a amostra total, explicando 7% da variação total, quanto para o grupo que faz tratamento por Hemodiálise, no qual explica 11% da variação encontrada.

Ficar mais tempo Sozinho aos finais de semana mostrou associação negativa com a satisfação com a vida, respondendo por 5% da sua variação, e aos afetos positivos, no qual a variação é explicada em 10%, na amostra geral. Nos grupos, a associação negativa ocorreu também entre os afetos positivos e as horas sozinho, sendo que entre aqueles que hemodialisam a associação explica 10% da variação e 9% entre os idosos da Comunidade.

As horas dedicadas às atividades de Lazer não estão associadas às variáveis do bem-estar subjetivo na amostra deste estudo.

Essas associações significam que, de forma geral, mas especialmente para aqueles idosos que fazem Hemodiálise, poder dedicar mais horas aos contatos sociais associa-se a ser mais satisfeito com a vida, sentir mais afetos positivos e menos negativos, ou seja, ser mais feliz, ao passo que ficar sozinho reduz a satisfação com a vida e os afetos positivos. O tempo dedicado às horas em atividades como Sono, de vida diária, lazer e com a Família demonstraram ter muito pouco efeito sobre a Felicidade dos idosos participantes deste estudo.

Entre aqueles idosos que fazem tratamento hemodialítico, as horas dedicadas às diferentes atividades em dias de tratamento não estiveram associadas à Felicidade, como pode ser visto na Tabela 29.

Tabela 29 - Correlações entre horas médias destinadas às atividades do Uso do Tempo e indicadores de Felicidade em Dias de Tratamento. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Sono	-0,200	-0,261	0,106
Vida Diária	-0,099	-0,005	-0,025
Lazer	0,000	0,109	-0,046
Socialização	-0,180	-0,041	0,145
Família	0,263	0,281	-0,034
Sozinho	0,144	0,048	-0,158

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4.7.5 Variáveis associadas aos indicadores de Felicidade

Nas subseções anteriores do presente estudo, foi verificada associação entre os indicadores de Felicidade, nomeadamente a satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos, com quatro grupos de variáveis: 1-sociodemográficas; 2-clínicas e sintomas depressivos; 3-atividades prazerosas e; 4-o uso do tempo. Os resultados permitiram identificar quais as variáveis desses grupos de fato estavam associadas de modo significativo à Felicidade dos idosos participantes do estudo, de modo que a Tabela 30 reúne e faz a apresentação dessas associações.

Tabela 30 - Porcentagem da variação dos Indicadores de Felicidade explicada por variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas depressivos, atividades prazerosas e uso do tempo, na Amostra Geral e por Grupo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Total			Hemodiálise			Comunidade		
	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Gênero Masculino	6	8	10	-	-	-	8	12	17
Escolaridade	-	-	6	-	-	-	-	-	8
Situação Laboral	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Nº filhos	-	-	4	-	-	-	-	-	9
Número de doenças	3	5	-	-	-	-	5	6	-
Autoavaliação da saúde	15	18	8	28	16	-	12	21	11
Sintomas Depressivos	36	47	38	30	43	27	40	53	42
Socialização – A	8	10	5	-	-	18	7	13	-
Relaxantes - A	3	5	6	-	15	19	-	-	-
Competência - A	9	-	5	28	12	22	-	-	-
Socialização - F	11	26	7	16	31	15	9	27	-
Relaxantes - F	4	13	7	13	23	30	-	10	-
Competência - F	9	10		25	25	.14	-	6	-
Sono - Dia da semana	-	-	4	-	-	21	-	-	-
Sono - Domingo	-	-	-	-	15	15	5	-	-
Vida Diária - Dia da semana	-	-	-	-	-	17	5	-	-
Socialização - Dia semana	4	6	3	-	17	-	-	-	-
Socialização - Domingo	4	4	5	10	11	13	-	-	-
Família - Domingo	-	7	-	-	11	-	-	-	-
Sozinho - Domingo	5	10	-	-	10	-	-	9	-

Nº = número; A= Agradabilidade; F = Frequência.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Entre as variáveis sociodemográficas, na amostra geral, ser do sexo masculino explica parte da variação dos indicadores de Felicidade. Enquanto que a escolaridade e o número de filhos explicam apenas os afetos negativos e ser ativo no trabalho apenas a satisfação com a vida. Observou-se ainda que as variáveis sociodemográficas não apresentam impacto na Felicidade dos idosos que fazem hemodiálise.

Sobre as variáveis clínicas (Tabela 30), a autoavaliação do estado de saúde explica mais a variação nos escores dos indicadores de Felicidade do que o número total de doenças apresentado, sendo que este só interfere na Felicidade dos idosos que não fazem hemodiálise. Os sintomas depressivos explicam de modo importante a variação dos indicadores de Felicidade, tanto na amostra geral, quanto nos grupos.

Já a respeito das Atividades Prazerosas, é observado que para os idosos que fazem Hemodiálise, os indicadores de Felicidade são parcialmente explicados pela realização e agradabilidade das atividades de Socialização, Relaxantes e de Competência. Para aqueles que não fazem o tratamento, as atividades de Socialização parecem ser as que mais podem explicar os escores de Felicidade obtidos.

Na mesma direção, os dados sobre o uso do tempo mostram que também as horas dedicadas à Socialização explicam mais a variação da Felicidade dos idosos, tanto em dias da semana quanto aos domingos, principalmente para os idosos que fazem Hemodiálise, bem como estar com a família ou ficar Sozinho. Ainda para esses idosos, o Sono durante dias de semana e domingo também explicam a Felicidade. As horas dedicadas à realização de atividades parecem explicar pouco sobre a Felicidade dos mesmos.

Assim, apesar de não haver diferenças nos indicadores de Felicidade entre os idosos que fazem Hemodiálise e os idosos da Comunidade, constata-se que as diferenças importantes entre os grupos foram observadas entre fatores sociodemográficos, clínicos, realização e agradabilidade com atividades prazerosas e ao uso do tempo dedicado a atividades cuja associação com os indicadores de Felicidade varia amplamente.

5 DISCUSSÃO

Nesta seção, será feita a discussão dos resultados deste estudo a partir dos objetivos delineados. Assim, a discussão inicia-se com a comparação entre os grupos quanto às características sociodemográficas, ao estado de saúde e aos sintomas depressivos. No segundo momento, os grupos são comparados quanto ao nível de Felicidade, considerando diferenças entre a escolaridade e o número de doenças. Na sequência, serão discutidas as diferenças referentes às atividades prazerosas, incluindo informações sobre as propriedades psicométricas do OPPEB-BR para a amostra do estudo. A discussão sobre a comparação entre grupos é finalizada com o uso do tempo.

Após apresentada a discussão referente às comparações entre os grupos, esta seção será dedicada a discutir as associações entre as variáveis independentes do estudo e a Felicidade, de modo a responder ao objetivo geral desta pesquisa.

E, finalizando, serão apresentadas as limitações da pesquisa e indicações de estudos futuros.

5.1 Características Sociodemográficas e de Saúde

Os participantes deste estudo são, em sua maioria, do gênero masculino, idosos jovens (aqueles com idade entre 60 e 80 anos), casados ou vivendo com companheiro(a), têm filhos, estão em sua maioria aposentados e têm a aposentadoria como principal fonte de renda. Como a amostra total foi dimensionada a partir da população que realizava hemodiálise, o perfil dos participantes é coerente com os dados da literatura sobre o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento hemodialítico, tanto na literatura nacional, quanto internacional (BENNETT et al., 2015; CHAN et al., 2012; CUSUMANO; ROSA-DIEZ; GONZALEZ-BEDAT, 2016; GUZZO; BÖING; NARDI, 2017; MEDEIROS et al., 2015; OLLER et al., 2012; PILGER et al., 2017; SESSO et al., 2017; STRINGUETTA-BELIK et al., 2012; TONELLI; RIELLA, 2014).

Assim, mais de 70% são do gênero masculino o que evidencia uma problemática atrelada ao processo de envelhecimento: os homens morrem mais cedo comparados às mulheres, por inúmeras causas, mas também pela falta de acompanhamento adequado das condições crônicas de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; MAGALHÃES; SILVA, 2015). O próprio Ministério da Saúde tem estimulado práticas de cuidado direcionadas à saúde do homem (BRASIL, 2009), pois estes tendem a procurar menos por

cuidados em saúde e, dessa forma, apresentam situações mais complexas para o tratamento quando diagnosticadas, como é o caso dos quadros de doença renal crônica que necessitam de hemodiálise (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; VIEIRA et al., 2011).

Entre as causas da menor procura pelos homens pelos serviços de saúde está a construção da sociedade brasileira contemporânea baseada em um paradigma machista e patriarcal, no qual a doença é vista como fraqueza e associada ao feminino. Portanto, aos homens idosos atuais, procurar por serviços de saúde representa uma falência do gênero masculino, algo que necessita ser considerado na atenção aos homens idosos (VIEIRA et al., 2011).

Sobre grande parte dos participantes ainda estar na fase inicial da velhice, além dos resultados serem condizentes com os dados sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise (CUSUMANO; ROSA-DIEZ; GONZALEZ-BEDAT, 2016; GOODKIN, 2003; SESSO et al., 2017), também estão de acordo com o perfil demográfico brasileiro, que ainda apresenta grande parte da população idosa com idade inferior a 80 anos. Situação que vem a se modificar de modo importante nos últimos anos. Entretanto, ainda entre aqueles idosos mais velhos observa-se maior presença de mulheres do que de homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Os grupos de participantes eram diferentes quanto à escolaridade: aproximadamente 70% daqueles que faziam hemodiálise tinham frequentado menos de cinco anos a escola, enquanto que entre os idosos da comunidade, 54% tinham cinco anos ou mais de estudo. Essa informação está coerente com os dados sobre o perfil de pessoas que fazem tratamento por hemodiálise, homens e de baixa escolaridade fazem mais o tratamento no Brasil (KUSUMOTA, 2005; OLLER et al., 2012; PILGER et al., 2017; SESSO et al., 2017; STRINGUETTA-BELIK et al., 2012).

O que a literatura indica é que, como o quadro de DRC terminal decorre de condições crônicas de saúde, como hipertensão arterial e diabetes, por exemplo, pessoas com baixa escolaridade tendem a ter mais dificuldade em acessar e seguir recomendações de cuidado em saúde. Dessa forma, condições crônicas que podem ser tratadas ambulatorialmente ao longo de anos, acabam por resultar em uma condição de saúde mais complexa, como a insuficiência renal com necessidade de hemodiálise.

Desse modo, os resultados sobre o número de doenças clínicas dos participantes estão alinhados com essa argumentação. Entre as doenças clínicas frequentes foram encontradas doenças comuns no processo de envelhecimento populacional como problemas dos sistemas

cardiovascular (HAS, complicações do DM, varizes), endócrino (DM), problemas osteoarticulares e déficits sensoriais visuais (deficiência visual e catarata) e auditivos. Esses quadros têm sido referenciados na literatura como comumente associados ao processo de envelhecimento e à doença renal crônica, somados a questões ambientais, como alimentação, por exemplo (GOODKIN, 2003; JHA et al., 2013; LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007; SCHMIDT et al., 2011).

A respeito do estado de saúde, os grupos são diferentes quanto ao número de doenças clínicas apresentado, sendo que os idosos da Comunidade apresentam maior número de condições clínicas comparados aos pacientes da Hemodiálise. Essa é uma característica importante dos resultados, pois apesar de não terem uma condição grave de saúde como a DRC, os idosos que não faziam hemodiálise apresentam um quadro de multicomorbidades, uma realidade dura vivenciada pela população idosa (SCHMIDT et al., 2011). Assim, apesar da DRC ser uma condição importante de adoecimento que remete à ameaça da finitude da vida a todo momento, os outros idosos que participaram do estudo também apresentavam características de adoecimento importante, haja vista que relataram cerca de quatro doenças clínicas, em média.

Ainda, especificamente a respeito do grupo que realizava o tratamento por hemodiálise, a presença de complicações clínicas foi referida por todos os participantes que, em média, apresentavam sete complicações clínicas, sendo as mais frequentes, as câimbras, perda de peso, anemia, fraqueza, dor, constipação intestinal, arritmia cardíaca, coceira etc. A respeito das complicações, os participantes apresentam o mesmo perfil de outros estudos, com as mesmas complicações já referenciadas em outros estudos sobre a temática no Brasil (KUSUMOTA, 2005; KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009; OLLER et al., 2012; PILGER et al., 2017).

Em relação ao tempo de tratamento por hemodiálise, os pacientes o faziam há 59,12 meses em média, ou seja, tratava-se de um grupo de pessoas que talvez já tivesse se habituado a conviver com essa série de complicações clínicas, comumente referenciadas nos estudos sobre a temática. Esse maior tempo realizando o tratamento demonstra que a terapia renal substitutiva tem melhorado seus procedimentos de modo a contribuir cada vez mais com o aumento da expectativa de vida dos pacientes. A terapia renal substitutiva por hemodiálise tem sido a mais frequentemente utilizada em países em desenvolvimento, como o Brasil, assim como ainda é a principal forma de tratamento em alguns países desenvolvidos (CUSUMANO; ROSA-DIEZ; GONZALEZ-BEDAT, 2016; GOODKIN, 2003; JHA et al., 2013; SCHMIDT et al., 2011).

No que concerne à questão das doenças clínicas, fazer ou não hemodiálise não interferiu na autoavaliação da saúde dos participantes ao passo que quanto mais doenças clínicas foram apresentadas, pior foi a autoavaliação do estado de saúde pelos participantes. Essa relação entre número de doenças e autorrelato do estado de saúde tem sido valorizada pela na literatura (ANDRADE; MEHTA, 2018; KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009; SIAHPUSH; SPITTAL; SINGH, 2008; SPULING; HUXHOLD; WURM, 2017; VEENHOVEN, 2008). Assim, provavelmente pela necessidade de acompanhamento em saúde e uso de medicamentos de modo constante, os participantes acabavam por se sentirem menos saudáveis, independente de fazer ou não o tratamento hemodialítico.

Ademais, a autoavaliação do estado de saúde sofreu interferência do nível educacional, de maneira que ter maior escolaridade significou avaliar melhor a saúde por parte dos idosos em tratamento hemodialítico; entre as pessoas da comunidade com mesmo nível escolar avaliaram pior sua saúde.

Os resultados dos idosos da comunidade são diferentes dos estudos com amostras populacionais de todo território nacional brasileiro a respeito da relação entre nível de educação e saúde percebida, que indicam que a menor escolaridade está associada a uma pior percepção sobre ser saudável. Os estudos têm apontado a baixa escolaridade como um dos grandes problemas de inequidade em saúde no Brasil (ANDRADE; MEHTA, 2018; PAVÃO; WERNEK; RODRIGUES, 2013).

Publicação internacional recente a respeito da influência do nível educacional na autoavaliação do estado de saúde, também encontrou a maior escolaridade como associada à melhor percepção do estado de saúde. No entanto, indicou que o número de doenças pode estar envolvido em uma tendência maior de avaliar pior a saúde, entre aqueles com pouca escolaridade (SPULING; HUXHOLD; WURM, 2017). Esse estudo pode, portanto, contribuir para justificar os resultados apresentados quanto ao fato de, apesar dos idosos serem mais escolarizados, avaliarem pior à saúde, o que seria devido a apresentarem um número elevado de doenças clínicas.

Uma condição de adoecimento relevante que esteve presente foi a sintomatologia depressiva. Embora a Escala de Depressão em Geriatria não determine o diagnóstico de depressão, após sua aplicação, o número de participantes que apresentaram pontuação acima do ponto de corte da escala para sintomatologia depressiva foi alto: 30% da amostra total aproximadamente, sendo mais frequente entre os idosos que não faziam hemodiálise (35,7%) comparados ao grupo em tratamento hemodialítico (26,2%).

Esses resultados indicam uma condição de adoecimento entre a população idosa que carece de atenção e tratamento adequados, tendo em vista que o percentil identificado com a aplicação da GDS-15 foi muito superior ao diagnóstico conhecido e referido pelos participantes. Isso indica que, apesar de ser reconhecida como grande problema de saúde pública, a Depressão entre os idosos continua a ser subdiagnosticada e não tratada, como tem indicado a literatura a respeito (CHAPMAN; PERRY, 2008; SANTOS; SANTOS, 2015; VANITALLIE, 2005).

Nessa direção, os resultados mostram que, apesar do número importante de sujeitos que apresentaram sintomas depressivos, apenas os idosos que faziam HD tinham a possibilidade de serem acompanhados por uma profissional da saúde mental, pois o serviço em questão tem uma psicóloga contratada, embora não conte com uma terapeuta ocupacional. Já entre os idosos da Comunidade, poucos referiram ter recebido atendimento psicológico ou terapêutico ocupacional.

O estado depressivo na velhice cursa diferente da sintomatologia depressiva em idades jovens e, muitas vezes, os sintomas depressivos são confundidos com outras doenças crônicas ou são atribuídos ao próprio envelhecimento (apatia, cansaço, sentimento de inutilidade, falta de interesse pelas atividades etc.) e acabam por resultar em uma menor participação na vida cotidiana e perdas de papéis sociais (CHAPMAN; PERRY, 2008; CLARKE; CURRIE, 2009; HUANG et al., 2010; VANITALLIE, 2005).

Nessa perspectiva, a presença de doenças crônicas na velhice pode aumentar as chances das pessoas em desenvolver depressão. Doenças como hipertensão e diabetes, presentes na amostra deste estudo, estão entre as doenças que mais podem aumentar a incidência depressiva entre idosos, conforme apontou uma estudo de metanálise sobre o tema (HUANG et al., 2010). A literatura aponta que depressão na velhice está associada à maior morbidade nessa faixa etária (ALAVI, 2008; MILANOVIĆ et al., 2015; SIVERTSEN et al., 2015).

Entre os pacientes com DRC, em TRS, estudo de metanálise indicou a alta prevalência da doença, com achados parecidos aos resultados apresentados no presente trabalho e reforçam a preocupação com a condição depressiva estar associada ao menor tempo de vida das pessoas com a doença, bem como apresentam pior qualidade de vida e impactam na esfera social e ocupacional (PALMER et al., 2013).

5.2 Comparação entre grupos quanto à Felicidade

Um aspecto interessante dos resultados ora apresentados é que os idosos em Hemodiálise não se diferenciam daqueles que não fazem o tratamento quanto ao nível de Bem-Estar Subjetivo. Ou seja, aqueles idosos que fazem hemodiálise são tão felizes quanto os idosos que vivem na comunidade, apresentando resultados semelhantes de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos.

Esses resultados convergem no mesmo sentido do que encontraram Riis et al. (2005) em estudo com pacientes em hemodiálise comparados com controles saudáveis. No estudo, os autores compararam o BES de pessoas em hemodiálise com saudáveis, por meio de uma avaliação que considerou o humor e a satisfação com a vida, além de solicitarem que os próprios doentes se imaginassem como seriam felizes ou não, se não fizessem o tratamento. Os autores apontam três aspectos importantes a partir de seus achados: 1) as pessoas tendem a se imaginar mais infelizes do que de fato são ao enfrentar um problema; 2) existe uma capacidade de adaptação presente nas pessoas; e 3) o adoecimento interfere no modo como as pessoas se recordam de situações de vida.

O que a literatura discute é o fato de que, pessoas em situações de adoecimento graves, como é o caso da DRC terminal, por meio de mecanismos de enfrentamento, passam a valorizar e recordar mais de situações positivas de vida, enquanto pessoas saudáveis tendem a se recordar mais facilmente de situações negativas e assim subestimam o bem-estar que sentem (LUHMANN; INTELISANO, 2018; RIIS et al., 2005).

Sobre esse processo de adaptação aos eventos da vida, como o adoecimento grave, os pesquisadores da Felicidade o chamaram de Adaptação Hedonista e, na investigação sobre o mesmo, afirmam que esse conceito está relacionado à tendência dos seres humanos de se adaptarem às situações de vida, sejam boas ou ruins, passado algum tempo do evento ter se iniciado, todos retornam a um nível basal de felicidade. As pesquisas têm apontado, entretanto, que a adaptação a eventos positivos ocorre de modo mais rápido do que a eventos negativos, como é o caso do adoecimento (DIENER; LUCAS; SCOLLON, 2006; DIENER; OISHI, 2005; LUCAS, 2007; LUHMANN; INTELISANO, 2018; LYUBOMIRSKY, 2011; LYUBOMIRSKY; SHELDON; SCHKADE, 2005; RIIS et al., 2005).

Os resultados deste trabalho apontam que os participantes realizam hemodiálise há uma média aproximada de cinco anos, o que seria um tempo suficiente para o processo de adaptação ocorrer.

Em contraposição, o estudo de Bennett et al. (2015), também com pacientes em tratamento hemodialítico, encontrou que esses tinham um nível inferior de satisfação com a vida comparados aos controles. No entanto, o referido estudo apresenta diferenças estruturais em relação aos de Riis et al. (2005), bem como ao presente: avalia a felicidade por uma escala direcionada a medir domínios de satisfação com a vida (componente cognitivo do bem-estar subjetivo), não determina há quanto tempo os participantes fazem o tratamento e o pareamento entre pacientes em tratamento dialítico e controles foi feito apenas pela idade, havendo maior presença de mulheres no grupo controle do que no grupo de pacientes hemodialítico.

Os dois trabalhos sobre a temática da Felicidade e realização de Hemodiálise argumentam a favor da necessidade de desenvolvimento de políticas públicas e serviços de saúde no sentido de se atentarem para a importância e complexidade do BES para os pacientes em tratamento hemodialítico (BENNETT et al., 2015; RIIS et al., 2005).

Um melhor BES está relacionado à maior sobrevida dos pacientes com DRC em hemodiálise, pois contribui para uma melhor adesão ao tratamento. Ademais, a literatura evidencia, por meio de uma revisão sistemática, um efeito protetivo do BES, tanto em pessoas saudáveis quanto doentes, em relação à mortalidade (CHIDA; STEPTOE, 2008). Contudo, os autores relembram que apresentar um nível bom de BES não representa que não são encontrados problemas no processo de tratamento, apenas denota que as pessoas adaptaram-se ou não à situação e que intervenções direcionadas à melhor felicidade sempre são bem-vindas (CHIDA; STEPTOE, 2008).

Vale retomar a caracterização da amostra desta tese doutoral quanto ao número de doenças clínicas apresentadas, tendo em vista que o grupo de idosos da comunidade conviviam com uma carga de doenças crônicas importante (quatro doenças em média), o que pode também levar a uma aproximação das realidades dos dois grupos quanto ao estado de saúde. Portanto, diante desse fato, os grupos não se diferem quanto ao nível de felicidade em função de fazer hemodiálise, porém em função do número de doenças.

Desse modo, os resultados por meio da realização de ANOVAS, que comparou as médias dos grupos para as variáveis referentes ao BES controlando o efeito do número de doenças, demonstraram que, enquanto o grupo não teve efeito sobre o BES, o número de doenças interferiu na Felicidade dos participantes. Os participantes que tinham cinco ou mais doenças apresentaram menor satisfação com a vida e menos afetos positivos. Esses achados condizem com os encontrados na literatura sobre o impacto do número de doenças no BES, pois estudos com desenhos diversos (amostras locais de doentes, amostras de saudáveis e que

comparam países) indicam que o aumento do número de doenças diminui o nível de felicidade das pessoas (ANGNER et al., 2013; BARRETO, 2014; DIENER; CHAN, 2011; DIENER et al., 1999; GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; HIROSAKI et al., 2011; SIAHPUSH; SPITTAL; SINGH, 2008; VEENHOVEN, 2008).

Entretanto, os estudos têm apontado uma tendência maior em usar a autoavaliação do estado de saúde para testar sua associação com o BES, o que será discutido mais à frente, na associação entre variáveis independentes e Felicidade.

Outra variável que teve efeito sobre a Felicidade foi o nível escolar, ou seja, aqueles com maior nível escolar apresentaram mais afetos positivos e menos afetos negativos, não havendo diferença na satisfação com a vida. A relação entre nível escolar e BES tem encontrado resultados diversificados na literatura, ora sendo vista como positiva ou sem influência sobre a felicidade e ora vista de modo negativo, conforme os estudos apresentados a seguir.

A maior escolaridade tem sido apontada como um fator que contribui para a felicidade e para a satisfação com a vida (BOARINI et al., 2012; MELÉNDEZ et al., 2009; ROMÁN et al., 2017; SUMNGERN et al., 2010). A pesquisa *Gallup World Poll*, envolvendo 150 países, identificou que a educação se mostra como poderoso preditor de satisfação com a vida na velhice, pois pode atuar como facilitador de outros ganhos que são cumulativos ao longo da vida, tais como maior renda e mais saúde (BOARINI et al., 2012).

De modo interessante, no presente estudo, não houve diferença entre os níveis de satisfação com a vida em razão da escolaridade analisada de forma dicotômica. Já em outros estudos, nos quais houve associação entre essas variáveis, a escolaridade dos participantes era alta, de nível secundário ou superior de ensino (MELÉNDEZ et al., 2009; ROMÁN et al., 2017; SUMNGERN et al., 2010).

Nesse sentido, uma pesquisa nacional realizada no Chile encontrou que aqueles idosos com nível superior de educação e pós-graduação apresentavam melhores índices de satisfação com a vida (ROMÁN et al., 2017), ao passo que outros estudos recentes não têm encontrado efeito da escolaridade no BES, avaliado pela satisfação com a vida e por escalas de felicidade (ANGNER et al., 2013; LOBOS; LAPO; SCHNETTLER, 2016; LUCHESI et al., 2018).

Entretanto, estudo recente com chineses indicou haver uma curva U invertida com relação à Felicidade e escolaridade. Os autores afirmam que aqueles com nenhum nível educacional e com altos níveis (universidade e pós-graduação) apresentam piores índices de BES e até mais problemas de saúde mental. Em contrapartida, aqueles que têm nível mediano de instrução escolar apresentam níveis mais altos de felicidade. Na amostra deste trabalho,

cabe dizer que a diferenciação de níveis escolares se deu em função de até quatro anos de estudo ou cinco anos ou mais, o que, para estudos internacionais, seria considerado baixo nível escolar, sendo os resultados apresentados condizentes com a literatura (GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017).

Os resultados deste estudo podem ser diferentes por considerarem além da satisfação com a vida, os afetos positivos e negativos. Assim, um estudo populacional com dados de 50 estados norte-americanos usando uma escala que considera os afetos na avaliação do BES encontrou que a maior escolaridade (nível superior de ensino) está associada à maior felicidade (YAKOVLEV; LEGUIZAMON, 2012).

Pelo apresentado, de forma geral, os estudos apontam que as variáveis relacionadas ao estado de saúde e escolaridade parecem ter uma interação mais complexa no BES que vai além do que apenas comparações entre grupos é capaz de analisar.

5.3 Atividades Prazerosas – comparação entre grupos

Desde o surgimento das teorias do Desengajamento e da Atividade, o envolvimento em atividades no envelhecimento tem sido discutido com maior atenção e apontado como forma de manter-se engajado e participante da vida ativa, sendo uma das melhores formas de se estimular o envelhecimento saudável (GAUTHIER; SMEEDING, 2003). Assim, buscar formas de avaliar e mensurar a participação em atividades que possam trazer prazer para pessoas idosas é um trabalho não somente de relevância acadêmica, mas principalmente social.

Nesse sentido, neste estudo a respeito das atividades prazerosas, primeiramente é preciso que sejam feitas considerações sobre a escala utilizada para avaliá-las, o OPES-BR. Na amostra do estudo, ao ser realizada a AFC do instrumento para garantir que as propriedades psicométricas tinham as qualidades adequadas para o uso, a estrutura fatorial proposta na validação para o Brasil não apresentou padrões mínimos aceitáveis (FERREIRA; BARHAM; FONTAINE, 2015).

Diante desse cenário, foram utilizados os itens traduzidos, porém adotada a estrutura fatorial proposta pelos autores originais (RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016), sendo utilizados quatro fatores dos cinco originais (socialização, relaxantes, práticas e de competência) com 34 itens dos 67 que a escala tinha em seu processo de validação para o Brasil (FERREIRA, 2015).

O fator relacionado às atividades contemplativas foi retirado por não apresentar consistência interna adequada (α de Cronbach maior ou igual a 0.7). A consistência interna refere-se à capacidade de o fator representar de fato o constructo a que se refere (MARÔCO, 2011). Assim, o fator de atividades Contemplativas continha itens que não representavam de fato atividades de contemplação para a amostra de idosos deste estudo. Portanto, sua supressão respeita o constructo e também garante maior qualidade para as análises que feitas a partir deste trabalho.

É importante salientar que, apesar de ser utilizado há anos na prática clínica com idosos com sintomas depressivos (RIDER; GALLAGHER-THOMPSON; THOMPSON, 2004), o estudo das propriedades psicométricas do COPPES-BR foi realizado poucas vezes (FERREIRA, 2015; FERREIRA; BARHAM; FONTAINE, 2015; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014; RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016), de maneira que é natural que sejam encontradas necessidades de ajustes na composição dos fatores durante as análises fatoriais. Da mesma forma, ainda são poucos os estudos publicados na literatura com o uso do instrumento (FERREIRA, 2015; FERREIRA; BARHAM; FONTAINE, 2015; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014; RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016).

Isso posto, a realização das atividades prazerosas apresentaram o mesmo padrão de frequência e agradabilidade entre os grupos de idosos em Hemodiálise e da Comunidade, nos domínios de Socialização, Relaxantes, Práticas e de Competência .

Entretanto, entre os idosos com cinco ou mais anos de estudo, independentemente da realização da hemodiálise, foi observada maior realização e maior agradabilidade de atividades de Socialização e Relaxantes. Apesar de utilizar domínios diferentes, o trabalho de Ferreira (2015) encontrou uma associação entre o nível de escolaridade e realização de atividades “Sociais e de Competência” as quais, na versão deste trabalho, estão contempladas no fator Socialização. No trabalho da autora, a associação acontece entre renda e escolaridade e, portanto, a autora argumenta que o poder aquisitivo pode levar as pessoas a frequentar lugares de socialização.

A escolaridade não interferiu nas atividades “Contemplativas” no trabalho de Ferreira (2015), as quais estão no fator Relaxantes do presente estudo. No entanto, no trabalho de Márquez-González et al. (2014) as atividades Relaxantes sofreram interferência tanto na frequência quanto na agradabilidade em função da escolaridade, como nos resultados ora apresentados.

Os achados deste trabalho também se diferenciam daqueles apresentados por Ferreira (2015) quanto ao estado de saúde interferir na realização das atividades. No estudo de 2015, as atividades Práticas e Contemplativas tiveram uma associação inversa com o nível de dependência, de maneira que menos independente as consideravam mais agradáveis, por requerem menos esforço físico e independência ou ainda por terem satisfação ao conseguirem fazer as tarefas, como justificou a autora (FERREIRA, 2015).

Neste trabalho, a realização de atividades Relaxantes e Práticas foi considerada mais agradável entre aqueles idosos com menor número de doenças que eram do Grupo da Comunidade, em que houve um fator de interação entre o número de doenças e o grupo. Assim, como as atividades Práticas requerem mais energia física para execução, para os idosos da Comunidade pode ser mais agradável realizá-las. Desse modo, as atividades Relaxantes podem servir como forma de descanso e relaxamento, como ouvir música e ver o pôr-do-sol, em um equilíbrio com as atividades Práticas.

5.4 Uso do Tempo – Comparação entre Grupos

O interesse em se estudar o modo como os homens usam o tempo está presente em diversas áreas do conhecimento, como a Antropologia, a Economia, a Gerontologia e também a Terapia Ocupacional, para a qual esse conhecimento é fundamental. Adolf Meyer (1922), um dos criadores da profissão, afirma que o tempo é o maior patrimônio e riqueza humanos, de maneira que conhecer quais atividades são escolhidas e como são desempenhadas são o norte para os profissionais da área. As atividades que as pessoas fazem em seu cotidiano são, portanto, a sustentação de sua saúde e bem-estar.

Desse modo, conhecer a forma como os idosos direcionam o seu tempo para desenvolver atividades é crucial. Primeiramente porque o processo de envelhecimento é heterogêneo e não necessariamente associado a estados de dependência para realização de tarefas básicas. Segundo, porque, por meio do conhecimento do uso do tempo, é possível identificar motivações e objetivos de vida, preferências, oportunidades para realização de atividades, necessidades e desejos das pessoas (HORGAS; WILMS; BALTES, 1998).

Entretanto, apesar de uma série de estudos dedicarem-se a buscar compreender como ocorre o uso do tempo ao longo do curso da vida e entre a população idosa, eles ainda são incipientes em países em desenvolvimento como o Brasil.

Assim, dado o processo de envelhecimento populacional mundial, conhecer a forma como idosos organizam seu tempo e de que forma o adoecimento pode interferir na realização

das atividades é uma tarefa importante que contribui para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a criação e/ou fortalecimento de estratégias de cuidado que promovam o envelhecimento saudável.

Na busca de literatura para o presente trabalho, não foram encontrados estudos a respeito do uso do tempo de pacientes idosos em Hemodiálise, o que legitimou a realização desta pesquisa.

Neste caso, a escolha do Relógio de Atividades como instrumento de pesquisa foi baseada na facilidade de compreensão e rapidez para aplicação, visto que nesta pesquisa, o uso do tempo foi uma das formas de se avaliar a realização de atividades para testar sua associação com o constructo da Felicidade.

A partir do relógio utilizado por Zaiden (2014) em estudo com população adulta e, consonante com os estudos sobre uso do tempo, os idosos participantes descreveram seu uso do tempo em 12 categorias de atividades: sono, descanso, atividades de vida diária, trabalho, estudo, lazer, *Internet*, outros, hemodiálise, socialização, com a família e sozinho. A categoria hemodiálise refere-se, obviamente, apenas aos idosos que do grupo que faziam o tratamento.

O Relógio de Atividades é um instrumento de caráter recordativo, por meio do qual as pessoas eram questionadas sobre o desenvolvimento de atividades nas 24 horas de um dia. Entretanto, as atividades poderiam ser concomitantes, ou seja, poderia ser realizada mais de uma atividade ao mesmo tempo. Neste estudo, porém, foram apresentados resultados comparativos dos totais de tempo em horas gastos em cada uma das categorias de atividades em um dia da semana (segunda às sextas-feiras) e um domingo e, para aqueles idosos em hemodiálise, no dia da realização do tratamento.

Um aspecto a ser apontado é que a maioria dos estudos encontrados na busca bibliográfica apresenta dados a respeito do uso do tempo baseados apenas nas 24 horas que antecedem a coleta de dados. Assim, o comparativo entre dias da semana e domingo (final de semana) não é comum, sendo um aspecto de destaque, tendo em vista que os resultados deste estudo confirmaram que o modo como as pessoas usam o tempo, ainda que idosas, variou em função da mudança de dia.

Um dos estudos encontrados que considerou a variação de dias da semana no uso do tempo de idosos dedicou-se a estudar as diferenças de uso do tempo em atividades dentro e fora de casa, não encontrando diferenças em função dos dias, diferenciando-se bastante dos resultados apresentados neste trabalho (KRISHNASAMY; UNSWORTH; HOWIE, 2011). Outro estudo comparava o nível de Felicidade de idosos entre dias da semana e finais de

semana, porém não apresentava dados sobre a distribuição do tempo em atividades como no presente estudo (TADIC et al., 2013).

No que se refere à população adulta, foram encontrados dois estudos brasileiros: um com pessoas que fizeram cirurgia bariátrica (ZAIDEN, 2014) e outro com terapeutas ocupacionais (EMMEL, 2012).

Considerando dias da semana e domingos, as categorias de atividades mais frequentemente realizadas foram sono, AVDs, lazer, socialização, com a família e sozinho, as quais foram realizadas por ambos os grupos. Enquanto que o descanso, trabalho, estudo, *Internet* e outras atividades foram menos frequentemente relatadas.

A discussão a respeito do uso do tempo dedicado a cada uma das referidas categorias de atividades será feita por meio da apresentação das diferenças e semelhanças entre os grupos de idosos, para cada categoria de atividades.

Dessa forma, a respeito das horas de sono foi observado um aumento no tempo dormindo, comparado aos dias da semana, sendo o mesmo padrão apresentado em outros estudos com a população adulta (EMMEL, 2012; ZAIDEN, 2014).

Considerando os tempos utilizados em um dia da semana, os idosos desta pesquisa apresentam padrão aproximado de uso do tempo para o sono que o estudo de Emmel, Paganelli e Valio (2015), que analisaram o uso do tempo de idosos também de uma comunidade do interior do Estado de São Paulo. No entanto, na oportunidade trabalharam com pessoas que frequentavam programas que estimulam o envelhecimento saudável, como o Serviço Social do Comércio.

Os idosos das duas amostras são brasileiros e apresentam padrão semelhante de sono de idosos do Reino Unido que passam 34% do dia dormindo (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010) e dormem mais que idosos da Coreia do Sul (30% do dia) (CHUNG; LEE, 2017). Estudos com idosos norte-americanos encontraram valores diferentes para as horas de sono, que variou entre 29,75% e 35,41% (SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015). Um estudo *cross-nations* encontrou que idosos europeus e norte-americanos dormiam 37,5% de seu dia (ADJEI; BRAND, 2018).

Os resultados deste trabalho indicaram que o número de doenças clínicas teve um efeito moderador na variação dos dias da semana sobre o tempo gasto dormindo. O pior estado de saúde (ter mais doenças clínicas) significou ter menos tempo dedicado ao sono nos domingos.

Pesquisadores que se dedicaram a investigar a relação entre o estado de saúde e o uso do tempo também apontaram que o pior estado de saúde influenciava as horas de sono

(ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; ADJEI; BRAND, 2018; BJÖRKLUND et al., 2015; CRODA; GONZALEZ-CHAPELA, 2005; JOWSEY et al., 2013).

A categoria descanso é uma área de desempenho ocupacional que está agregada ao sono para a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015), embora, neste trabalho, optou-se por separar o descanso do sono por compreender que os estados de consciência são diferentes entre o sono e o descanso.

A atividade de descanso foi referida por aproximadamente 35% dos idosos da comunidade e 23,80% dos idosos em hemodiálise. O descanso foi referenciado como o tempo em que os idosos estão sem fazer nada, deitam ou se sentam em um lugar confortável apenas, sem que consigam cochilar. Por se tratar de uma categoria com criação recente, raramente é citada na literatura, por exemplo, no trabalho de Doimo, Derntl e Lago (2008), a atividade descanso está contida nas atividades de lazer.

Sobre as horas dedicadas às AVDs que, neste trabalho, incluem o autocuidado e também afazeres domésticos, essas variavam em função da realização de hemodiálise e alternância dos dias da semana. Os dois grupos as realizam menos AVDs aos domingos, porém, os idosos da hemodiálise têm ainda um tempo menor que os da comunidade para fazer tais atividades.

A respeito dessas observações, estudos com amostras brasileiras (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015) encontraram maior tempo destinado à realização das AVDS, nos quais os participantes dedicam entre 38,04% e 49,40% do dia para estas atividades, contra 23,45% do dia dos idosos da Comunidade deste estudo e apenas 19,29% do tempo dos idosos em tratamento hemodialítico, em dias da semana. O tempo para realização de AVDs em dias de sessões de hemodiálise é ainda menor, 14,41% do dia.

Os resultados ora apresentados também são inferiores aos dados de uma pesquisa norte-americana com 90 idosos, na qual 30% do tempo era dedicados para AVDs, dos quais 13% eram dedicados às atividades domésticas, 9% a comer e beber, 5% para cuidados pessoais e 3% para compras (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010).

Isso pode estar relacionado à diferença na composição amostral dos estudos, pois as amostras dos autores eram compostas por mais pessoas do gênero feminino que tem sido indicado como uma variável importante na organização do uso do tempo, segundo estudos atuais (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; ADJEI; BRAND, 2018; CHUNG; LEE, 2017; GRAPSA; POSEL, 2016; SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015).

Adjei e Brand (2018), em pesquisa *cross-nations*, identificaram que as mulheres dedicam mais horas às atividades de tarefas domésticas e cuidados pessoais quando

comparadas aos homens. O mesmo já havia sido referido por Gauthier e Smeeding (2003) em estudo envolvendo diversos países. Esses dados permitem inferir que as mulheres dedicam mais tempo para realizar AVDs independentemente da cultura onde estão inseridas.

Além do gênero, a necessidade de encontrar tempo para realizar as sessões de hemodiálise podem ter interferido no menor tempo para AVDs. Os idosos deste trabalho necessitavam de 15h em média, por semana, para fazer o tratamento. Isso implica em uma reorganização das atividades na vida cotidiana e mudanças no estilo de vida em função do tratamento, como afirmam outros estudos sobre o cotidiano de pessoas em Hemodiálise, com limitações para realização de atividades desejadas ou necessárias.

Os estudos identificam a necessidade de dedicar ao menos 12 horas semanais para a realização do tratamento em três dias da semana diferentes e depois ocorre a alteração da disposição física após as sessões, pela fadiga, fatores que alteram a dinâmica de realização de tarefas e sociais (ARAÚJO et al., 2016; KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004; PINTO; PONTES, 2017; SALIMENA et al., 2016).

Mckeen et al. (2009), em estudo com pacientes com Acidente Vascular Cerebral, também identificaram que havia uma redução do tempo destinado à realização de AVDs. Nesse sentido, a respeito da realização de AVDs por pacientes com DRC, revisão sistemática de literatura identificou a ocorrência de comprometimento funcional associada ao estágio mais avançado da doença renal, que implicava em dificuldades para realizar AVDs (KALLENBERG et al., 2016).

O mesmo foi identificado em estudo com a população de idosos em hemodiálise no Brasil que, apesar de apresentarem pouca dependência, como neste estudo, os pacientes passam a ter uma independência modificada (OLLER et al., 2012). Isso quer dizer que para algumas tarefas necessitam realiza-las de modo adaptado ou precisam de ajuda.

Ainda sobre as AVDs, o número de doenças não interferiu no tempo dedicado à sua realização. De modo oposto aos resultados deste estudo, Jowsey et al. (2013) identificaram que o número de doenças clínicas representava um maior tempo necessário para atividades de cuidados com a saúde e, portanto, um redirecionamento do tempo dedicado à realização de outras atividades.

Essas variações no uso do tempo pelos idosos que fazem hemodiálise retratam de modo objetivo o que estudos sobre o cotidiano e a prática clínica dos profissionais de saúde percebem: mudanças nas vidas das pessoas são necessárias para que o tratamento possa ser realizado.

Tal qual para as AVDs, as atividades de lazer também sofrem efeito da realização da hemodiálise (menos tempo no dia do tratamento), da variação dos dias da semana (aos domingos são mais realizadas) e uma interação entre o número de doenças clínicas e os dias da semana (aqueles com menos doenças têm mais horas de lazer aos domingos).

O menor tempo para realizar atividades de lazer pode ser atribuído, como ocorre nas AVDs, à necessidade de direcionar tempo para a realização das sessões de hemodiálise. Nesse sentido, os resultados apresentados diferenciam-se dos de McKeena et al. (2009), cujo trabalho realizado com pacientes com Acidente Vascular Cerebral, identificou que os idosos após o adoecimento tinham maior tempo de lazer solitário.

Sobre a variação dos dias da semana, uma hipótese seria que, apesar de não estarem mais no mercado de trabalho, as pessoas aprenderam ao longo da vida a organizar suas rotinas em função de dias de trabalho (segunda à sexta-feira) e dias de descanso (domingo). Dessa forma, mesmo na velhice continuam a repetir o padrão de atividades. O estudo do uso do tempo com populações adultas indicam uma redução do tempo dedicado ao trabalho nos finais de semana (EMMEL, 2012; ZAIDEN, 2014).

Outro aspecto indicado pela literatura é que ocorre uma mudança do tempo dedicado às atividades ao longo do curso de vida (CHEN et al., 2012). Conforme afirmam Chung e Lee (2017), ocorre uma transição entre as principais grupos de atividades ao longo da vida, assim, na infância e juventude o tempo é mais direcionado a atividades educativas, ao passo que na vida adulta prevalece o trabalho e, na velhice, o lazer e as relações interpessoais ganham destaque.

Dessa forma, como no presente estudo os participantes são, predominantemente, idosos jovens e têm pouco tempo de aposentadoria, talvez possam ainda manter o padrão de organização cotidiana em função do trabalho.

O tempo destinado às atividades de lazer também sofreu influência do estado de saúde. Os resultados indicam que o número de doenças teve um efeito moderador na variação dos dias da semana sobre o tempo gasto em atividades de lazer. O pior estado de saúde, ou seja, ter mais doenças significou ter menos tempo dedicado a essas atividades aos domingos, o que pode estar relacionado ao fato de que o desgaste físico ocasionado pelo adoecimento acaba por limitar o envolvimento nessas atividades.

Essa associação entre pior estado de saúde e menos horas em atividades de lazer também foi encontrada em estudo *cross-nations* envolvendo países europeus e os Estados Unidos (ADJEI; BRAND, 2018) que, na oportunidade, enfatizaram a diferenciação entre atividades de lazer passivo e ativo. No lazer passivo, verificam-se atividades como assistir à

televisão e ouvir música, enquanto o lazer ativo contempla atividades que envolvem movimentação física, deslocamentos e interação com outras pessoas, como práticas esportivas e atividades culturais. No estudo, apenas o lazer ativo contribuiu para um melhor estado de saúde dos idosos participantes.

No presente estudo não houve uma caracterização detalhada das atividades de lazer, embora Santos et al. (2013) encontraram que apenas 38,8% dos idosos que frequentavam um programa de acompanhamento em saúde realizavam atividades de lazer e cultura, reforçando, assim, a importância de estimular o envolvimento da população idosa nessas atividades.

Na mesma direção, estudo japonês que avaliou pessoas que participavam de atividades esportivas, culturais, entre outras, identificou uma relação importante entre o nível de independência e o envolvimento nessas atividades (TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2017).

Apesar das variações referidas em função da realização da hemodiálise e do número de doenças, os resultados deste trabalho apresentam o mesmo padrão de estudos brasileiros anteriores, com as atividades de lazer ocupando cerca de um quarto do dia dos participantes (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015).

Estudos internacionais também indicam que os idosos ocupam boa parte do dia em atividades de lazer (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010; CHUNG; LEE, 2017; LANSFORD, 2018; SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015) que, muitas vezes, incluem atividades que acabam por facilitar a participação social dos idosos.

Neste trabalho, a participação social incluiu todas as atividades que envolviam contato com outras pessoas que não fossem membros da família: conversa com vizinhos ou mesmo com outros pacientes ao irem às sessões de tratamento hemodialítico foram consideradas atividades socializantes.

Curiosamente, apenas 28,57% dos idosos em hemodiálise referiram fazer atividades de socialização no dia da hemodiálise, o que indica que para a maioria dos idosos desse grupo, a ida ao tratamento não é vista como forma de interação social. Os resultados demonstraram que entre os idosos com mais doenças clínicas, que faziam o tratamento, o tempo de socialização era menor. De fato, durante a coleta de dados observou-se que muitos idosos ficavam sozinhos, não interagiam, alguns chegavam a usar mantas e cobrir até o próprio rosto, como se quisessem evitar o contato com outras pessoas. Caso houvesse conversas, os profissionais muitas vezes pediam que não falassem alto, o que acabava por inibir a interação entre pacientes.

Os idosos do estudo apresentaram 7,62% das 24 horas de um dia destinados a socializar, valor inferior ao encontrado no trabalho de Paganelli (2015), em que os idosos socializavam 9% do dia, porém superior ao de Doimo, Derntl e Lago (2008), com 6,3% do dia. Novamente, constatou-se que as amostras eram majoritariamente femininas. Ademais, observou-se que o tempo de socialização também se aproxima do utilizado pelos idosos sulafricanos, 8% (GRAPSA; POSEL, 2016). Apesar de não ter sido mensurado, tal como nos estudos referidos, nos apontamentos descritos na coleta de dados, o lazer era igualmente ocupado por atividades passivas, como ver televisão.

De qualquer modo, os valores apresentados são menores que os encontrados no trabalho de Chung e Lee (2017), no qual as atividades de socialização chegam aos 10,95% do tempo diário dos idosos e superiores ao tempo destinado aos relacionamentos interpessoais dos norte-americanos, de apenas 6% (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010).

O trabalho de Tomioka, Kurumatani e Hosoi (2017) que buscou investigar a associação entre a participação em atividades de socialização (atividades culturais, voluntariado, esportes etc.) e o nível de independência, encontrou que quanto mais os idosos participavam dessas atividades, melhor era a manutenção da independência, tanto entre idosos jovens quanto em idosos mais velhos.

Outra variável que apresentou um efeito moderador no tempo dedicado às atividades de Socialização foi o nível escolar. Assim como foi encontrado na análise das atividades prazerosas, os mais escolarizados dedicam mais tempo para realizar essas atividades.

No levantamento bibliográfico sobre uso do tempo realizado para este estudo, o nível de escolaridade é citado, na maioria das vezes, para descrever as características dos participantes dos estudos, embora, praticamente não sejam apresentados dados estatísticos sobre o efeito do nível educacional no uso do tempo. Dessa forma, o trabalho de Horgas, Wilms e Baltes (1998) indicou que o nível educacional não tinha efeito sobre o uso do tempo de idosos e o de Grapsa e Posel (2016) afirmou que o nível educacional tem pouco efeito sobre a organização do tempo.

Ainda a respeito dos contatos com outras pessoas, o tempo com a família foi praticamente a metade do tempo referido em outro estudo brasileiro, no qual as horas com conjúgos, namorados, filhos e outros parentes aproximou-se dos 38%, contra apenas 22% do tempo deste estudo, para a amostra geral, porém ainda superiores ao estudo entre sul coreanos (9,46%), que mantém desde a vida adulta o mesmo padrão de socialização. Esses dados permitem inferir que para os idosos brasileiros, possivelmente a família ainda seja a principal

forma de interação interpessoal, enquanto que, para os sul coreanos, as atividades com outros membros da comunidade sejam mais valorizadas.

O suporte social da família e dos amigos é apontado como algo importante para os idosos em hemodiálise, de forma que a família passa a se reorganizar para realizar atividades fora de casa, como pagar contas, ir ao banco, acompanhar em atendimentos médicos e também a estar mais presente em dias de lazer, como aos domingos (ARAÚJO et al., 2016; OLLER et al., 2012; SALIMENA et al., 2016).

Outro resultado importante é que os idosos em hemodiálise ficavam menos tempo sozinhos comparados aos idosos da comunidade aos domingos, especialmente quando moderado pelo número de doenças clínicas. Isso pode se dar pelo fato de que, como fazem o tratamento e apresentam maior número de comorbidades, provavelmente as famílias e rede de amigos tenham uma dinâmica de estarem mais tempo juntos dos idosos que fazem hemodiálise e de realizar afazeres domésticos para os ajudar, especialmente aos domingos, quando as pessoas da família e/ou amigos, não trabalham ou cuidam de suas casas, por exemplo.

Entretanto, em dias da semana, os dois grupos apresentavam mesmo padrão de horas sozinhos (37,16%), ou seja, inferiores ao tempo encontrado por Paganelli (2015), em que os idosos passavam mais da metade do dia sozinhos. Cabe lembrar que o tempo de sono não foi analisado como atividade sozinho e que no trabalho citado, as atividades de sono foram contabilizadas em conjunto com as AVDs e, portanto, talvez o tempo de sono esteja incluso no tempo solitário.

A solidão na velhice é tida como um fator preocupante, pois muitos idosos acabam – por não terem oportunidade ou acesso – por não participarem de atividades de socialização, o que pode estar relacionado a um quadro, no qual o baixo nível de escolaridade, como encontrado neste estudo, acabe por interferir na valorização dessas atividades.

A solidão tem aparecido em estudos sobre o uso de *Internet* entre a população idosa. Apesar do acesso à rede ser visto como uma forma de melhorar o padrão de socialização das pessoas, entre os idosos o uso ainda é pouco frequente, como encontrado nos resultados deste trabalho e no estudo de Paganelli (2015). Ademais, alguns estudos apontam que, na verdade, não existe uma melhora na solidão com o uso da *Internet*, mas que a incorporação dessa prática no cotidiano das famílias tem transformado o modo das pessoas se relacionam. Dessa forma, essa mudança na interação social pode contribuir para o aumento do tempo sozinho, posto que o contato virtual não substitui as relações interpessoais reais (LANSFORD, 2018;

LIFSHITZ; NIMROD; BACHNER, 2018; NIE; SOUSA-POZA; NIMROD, 2017; WEI et al., 2015).

Os estudos sobre o uso do tempo de idosos ainda não apresentaram informações precisas sobre o quanto as pessoas dessa faixa etária estão envolvidas com o uso da *Internet*, de maneira que algumas trazem a importância para o bem-estar e as incluem dentro de atividades de lazer passivo (LIFSHITZ; NIMROD; BACHNER, 2018; WEI et al., 2015).

No entanto, a inserção dos idosos no mundo da *Internet* e da tecnologia tem sido objetivo de ações desenvolvidas no Brasil, que demonstram impactos positivos no estado de saúde e desempenho cognitivo dos idosos (KRUG; XAVIER; D'ORSI, 2018). Não saber como utilizar os novos *smartphones* e computadores, também, pode ser uma barreira para a interação com gerações mais jovens, que já nasceram na era da tecnologia. Entretanto, a incorporação dessas tecnologias no cotidiano é recente ao longo de toda história da humanidade, sendo, portanto, preciso cautela ao realizar afirmações sobre o benefício ou malefício delas na vida das pessoas. Assim, mais estudos sobre o uso da *Internet* se fazem necessários, especialmente entre a população idosa.

Retomando a questão da mudança dos padrões de atividades realizadas ao longo da vida, como mencionado anteriormente, na velhice as atividades de Trabalho e Estudo são pouco frequentes, quando comparadas às outras faixas etárias (CHEN et al., 2012; CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010; SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015).

Consoante a essa afirmação, poucos participantes deste estudo ainda exerciam atividade de trabalho: apenas nove idosos que faziam hemodiálise e 25 que eram da comunidade tinham algum trabalho remunerado, o que representa 26,98% de toda amostra, sendo que o trabalho ocupava 7,95% do tempo diário daqueles que o faziam.

A atividade de trabalho é pouco frequente entre os idosos dos estudos brasileiros (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015), porém, ainda que em sua maioria atividades do mercado informal de trabalho, como afirmam Doimo, Derntl e Lago (2008), em um dos estudos ocupa cerca de 14% do tempo diário. Todavia, os idosos brasileiros que trabalham ainda dedicam mais tempo a essa atividade do que fazem idosos sul-africanos (GRAPSA; POSEL, 2016) e menos tempo do que chegam a trabalhar os idosos norte-americanos (CHEN et al., 2012; SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015).

Na Coreia do Sul o trabalho ainda é uma atividade frequente entre idosos com idade até 65 anos e a inserção no mercado de trabalho cai com o passar dos anos, principalmente após os 75 anos (CHUNG; LEE, 2017). Os autores atribuem a participação no mercado de trabalho à seletividade emocional das atividades feitas pelas pessoas, embora seja oportuno mencionar

que, no Brasil, muitas vezes a manutenção em atividades de trabalho na velhice ocorrem devido à perda de poder aquisitivo dos idosos, que passam a fazer pequenos trabalhos para complementarem a renda.

As pesquisas parecem se preocupar com a continuidade da atividade de trabalho na velhice e a saúde dos idosos. Assim, têm apontado associação entre o trabalho pago e a pior saúde dos idosos, porém salientam que, se o trabalho exigir um tempo menor e o ambiente oferecer boa qualidade, pode trazer impactos positivos na saúde pela manutenção do papel de trabalhador (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2017).

Assim como o trabalho, a respeito do Estudo, os dados apresentados neste estudo vão ao encontro com os de outras publicações que também encontraram poucos idosos a realizar estudos na velhice ou mesmo não encontraram pessoas que estudassem, ainda que essa atividade não significasse frequentar a educação formal, mas sim participar de cursos sobre idiomas, saúde, informática, artesanatos etc. (DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015).

Do mesmo modo, a categoria Outras atividades foi pouco frequente entre os idosos da pesquisa, que contemplavam atividades religiosas, práticas esportivas, *hobbies* etc. Mesmo realizada com pouca frequência, a categoria de atividade teve padrão de realização diferente aos domingos pelo grupo da Comunidade, que realizava mais Outras atividades comparado aos idosos que faziam hemodiálise. Apesar de não terem sido quantificadas, as descrições da categoria Outras atividades, nos relatos, era descrita a participação em atividades religiosas, práticas de atividades físicas etc.

A categoria de Outras atividades também esteve presente no estudo de Emmel, Paganelli e Valio (2015), no qual as autoras descrevem atividades como a religiosidade e práticas de atividades físicas nessa categoria. Talvez por estarem menos tempo sozinhos aos domingos, os idosos acabem por não se envolverem em outras atividades. Outrossim, pode ser atribuído à presença de sintomatologia associada à realização do tratamento e à DRC, como a fadiga e a dor, que podem levar a um menor engajamento em atividades nos dias destinados ao descanso, como os domingos.

Entretanto, cabe lembrar que a realização de Outras atividades foi igualmente pouco frequente entre os idosos que não fazem o tratamento, assim como outros estudos também referem (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015; SAYER; FREEDMAN; BIANCHI, 2015).

Pelo exposto, os achados deste estudo vão ao encontro da literatura nacional e internacional sobre o impacto do adoecimento na organização do cotidiano. Assim, o número

de doenças clínicas, o nível de escolaridade e a realização de hemodiálise influenciam o modo como as pessoas usam o tempo. No caso dos idosos em hemodiálise, o tempo dedicado a fazer o tratamento seria então retirado do tempo para realização de AVDs, das atividades de lazer e em companhia da família.

A despeito da realização de hemodiálise, do nível educacional e do número de doenças, ocorrem variações no uso do tempo dos idosos para as atividades entre dias da semana e domingo. Dessa forma, as horas dedicadas ao sono, ao lazer, à família e à socialização aumentam aos domingos, enquanto que diminuem as horas para realização de AVDs e atividades sozinho.

5.5 Variáveis Associadas à Felicidade

5.5.1 Associação entre Felicidade, Hemodiálise, o estado de saúde e sintomas depressivos

A constatação mais importante deste estudo é que a realização de Hemodiálise não torna os idosos mais ou menos felizes, pois a realização do tratamento não se associa ao BES. Contudo, os resultados demonstraram que as variáveis sociodemográficas, a frequência de atividades prazerosas e o uso do tempo explicam parte do bem-estar subjetivo apresentado pelos participantes. Desse modo, nesta seção será feita a discussão dos resultados sobre a associação das variáveis do BES (satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos) e variáveis sociodemográficas e clínicas, sintomas depressivos, atividades prazerosas e uso do tempo.

A respeito da Hemodiálise não estar associada ao BES, acredita-se que a teoria da Adaptação Hedonista justifica os achados. De acordo com a referida teoria, passado algum tempo após a ocorrência de um evento na vida das pessoas, seja positivo (ganhar na loteria) ou negativo (adoecer e viver com limitações), o evento deixa de interferir no nível de felicidade, indicando que a pessoa adaptou-se à nova realidade (DIENER; LUCAS; SCOLLON, 2006; LUHMANN; INTELISANO, 2018; LYUBOMIRSKY, 2011; RIIS et al., 2005).

Riis et al. (2005), em estudo com pessoas em Hemodiálise, identificaram também não haver diferenças entre o BES de pessoas em tratamento e controles. Na ocasião, os autores também abordaram a capacidade de adaptação das pessoas diante das adversidades e sustentam seus resultados na adaptação hedonista.

No mesmo sentido, Lucas (2007) apresenta um importante estudo na Alemanha com pessoas que, imediatamente após vivenciarem a incapacidade, verificou-se reduções nos níveis de BES. No entanto, transcorrido algum tempo, as pessoas retornaram a viver com o mesmo BES que antes. O autor enfatiza a importância de se relativizar o tipo de evento que ocorre, pois a adaptação hedonista não ocorre da mesma forma para os eventos negativos e positivos e, mesmo entre os eventos negativos, cada pessoa teria seu próprio tempo de adaptação.

Bennett et al. (2015) afirmaram que os pacientes em tratamento hemodialítico se mostraram menos felizes e satisfeitos com a vida do que pessoas da comunidade na Austrália. Entretanto, cabe dizer que os autores do estudo não realizaram o pareamento dos controles como feito neste estudo, por gênero e idade que apontou não somente um número maior de mulheres que no grupo que fazia o tratamento, bem como a associação do gênero ao BES. Outro aspecto importante é que na avaliação os autores não usam instrumentos que avaliam afetos, ficando focados apenas na dimensão cognitiva do BES, a satisfação com a vida.

Entre as possíveis justificativas para os achados, constata-se a capacidade de resiliência desenvolvida pelas pessoas que fazem HD, bem como essas pessoas podem ser mais satisfeitas com a vida no momento (dimensão cognitiva). Ao considerar em sua avaliação ganhos e perdas ao longo de todo processo de tratamento e convivência com uma situação grave e ameaçadora de vida, passam a valorizar mais o momento presente (otimismo). Ademais, é preciso considerar o possível suporte social e cuidado em saúde recebidos durante o processo de tratamento, os quais podem ser benéficos.

Por outro lado, para aqueles idosos que vivenciam condições de multicomorbidades, o adoecimento e falta de suporte social e cuidado em saúde podem impactar de modo negativo tanto a satisfação com a vida, quanto a vivência de emoções. Contudo, essas hipóteses carecem de estudos para serem confirmadas.

Um trabalho com idosos demonstrou que aqueles que sentiam mais dor diariamente e viviam com mais limitações físicas reportavam menor felicidade (WALDINGER; SCHULZ, 2010). Verificou-se ainda que uma pior saúde percebida (autoavaliação do estado de saúde) estava associada a se sentir menos feliz. Nessa direção, o autorrelato do estado de saúde é apontado como um bom preditor do BES, pois avalia o modo como as pessoas se percebem em relação à própria saúde (DIENER; CHAN, 2011).

Realizar ou não Hemodiálise foi indiferente para determinar o BES dos idosos participantes, muito embora tenha sido encontrada associação entre o estado de saúde e o BES, em consonância com a literatura (ANGNER et al., 2013; BARRETO, 2014; DIENER;

CHAN, 2011; GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; HIROSAKI et al., 2011; LIMA; BARROS; ALVES, 2012; LUCHESI et al., 2018; ROMÁN et al., 2017; SABATINI, 2014; SIMONE; HAAS, 2013; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015; VEENHOVEN, 2008).

Sobre o estado de saúde é importante destacar que a forma como é avaliado importa para demonstrar sua associação com o BES. Dessa forma, foi observada relação diferenciada entre o número de doenças (avaliação objetiva) e da autoavaliação do estado de saúde (avaliação subjetiva).

O número de doenças, nos resultados deste trabalho, só têm impacto na saúde daqueles idosos que não faziam Hemodiálise, ao passo que a autoavaliação do estado de saúde não dependeu da realização do tratamento para influenciar o BES dos participantes. Perceber-se doente implica também em ser menos feliz. Portanto, cabe lembrar que o modo como se avalia o estado de saúde tem relevância para sua associação com o BES, sendo apontado pela literatura que a autoavaliação do estado de saúde, mais que o número de doenças, é capaz de mensurar esta associação (ANGNER et al., 2013).

Nesse sentido, em pesquisa europeia, ter múltiplas doenças não esteve associado ao BES de idosos, porém, ter maior declínio funcional, apresentar doenças cardíacas e alta pressão arterial estiveram (BARRETO, 2014). Contudo, o número de doenças teve associação com o BES dos idosos da comunidade deste estudo da mesma forma que em outro estudo brasileiro com idosos da comunidade (LIMA; BARROS; ALVES, 2012).

Dada a divergência dos resultados, é imprescindível que futuros estudos busquem mensurar as duas dimensões da avaliação da saúde: objetiva e subjetiva. Pois, para o grupo da Hemodiálise, o número de doenças não foi relevante para o BES, embora tenha sido para os idosos da Comunidade.

A respeito da dimensão subjetiva, pesquisa brasileira sobre Felicidade e estado de saúde de idosos também encontrou associação entre a autoavaliação do estado de saúde e o BES: quanto pior avaliam a saúde, menos felizes sentem-se os idosos brasileiros participantes (LIMA; BARROS; ALVES, 2012)

O *Gallup World Poll* (BOARINI et al., 2012; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015) foi um estudo realizado por um instituto de pesquisa envolvendo 150 países a partir da pergunta “O que torna a vida feliz?”. A respeito da saúde, os resultados reiteram que a relação entre o estado de saúde e bem-estar subjetivo depende do modo como este é medido. A autoavaliação do estado de saúde prediz mais satisfação com a vida do que medidas objetivas do estado de saúde, tal qual encontrado neste estudo.

Os autores ainda destacam que condições específicas de saúde podem ter impactos diferentes na satisfação com a vida. Tal qual apresentado nos resultados, para os idosos que têm mais doenças clínicas, o estado de saúde teve mais efeito no balanço entre afetos positivo e negativos do que na satisfação com a vida. Outro aspecto importante apresentado pelo estudo foi que a importância do estado de saúde no BES aumenta com a idade, ou seja, para a Felicidade, ser saudável importa mais quando se é velho ou jovem. Constatou-se ainda que o estado de saúde tem mais impacto no BES do que a renda e estar ou não desempregado, o que também foi identificado no presente trabalho (BOARINI et al., 2012; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015).

Pesquisa recente no Chile identificou que uma melhor autoavaliação da saúde também representava associação positiva com felicidade, bem como demonstrou a importância da organização do sistema de saúde para idosos, ou seja, o tipo de cuidado recebido e a confiança no sistema de saúde, quando se está doente, importa para a felicidade das pessoas idosas (ROMÁN et al., 2017).

Outra consideração importante a respeito da associação entre BES e estado de saúde é que pesquisadores encontraram que não somente uma boa saúde reflete em melhores estados de BES, mas que este também pode melhorar o estado de saúde (DIENER; CHAN, 2011; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015).

Pelo exposto, o que a literatura tem demonstrado é que a relação entre adoecimento e o BES depende, além de características pessoais (como resiliência, otimismo), do histórico da doença, das limitações, do tempo convivendo com a doença/incapacidade, do suporte social, do tipo de tratamento e do sistema de saúde por meio do qual as pessoas são acompanhadas.

Dessa forma, na atual conjuntura política e econômica brasileira, com cortes de investimentos em saúde pública, e necessitando direcionar recursos financeiros próprios cada vez maiores para custear tratamento em saúde, os idosos que apresentam mais doenças acabam por sentirem mais o impacto do processo de adoecimento em seu BES.

Portanto, diferentemente do que tem acontecido, é preciso que as políticas públicas de saúde esforcem-se para criar e manter estratégias de cuidado que estimulem não só o reparo de danos, mas que promovam saúde e também vivências prazerosas que estimulem a felicidade nas pessoas. Veenhoven (2008) afirma que ser mais feliz pode predizer ser mais saudável entre pessoas saudáveis, embora ser feliz ainda não é capaz de curar doenças e realça que o efeito positivo do ser feliz sobre a longevidade é extremamente alto. Em outras palavras, ser feliz tem um efeito protetivo na saúde e contribui para um envelhecimento saudável.

Ainda a respeito do estado de saúde, os resultados deste estudo demonstraram que ter mais sintomas depressivos significou ser menos satisfeito com a vida e ter mais afetos negativos e menos positivos. Luchesi et al. (2018) também encontraram uma associação entre a sintomatologia depressiva e menor felicidade entre idosos que vivem no Brasil. A associação entre sintomas depressivos em idosos e o BES tem sido observada também em estudos internacionais (BARRETO, 2014; HIROSAKI et al., 2011; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015). A literatura indica que a associação entre os sintomas depressivos e menores escores de BES pode ser agravada pela presença de doenças crônicas.

A depressão na velhice é considerada um dos grandes problemas de saúde no mundo e tem sua associação com condições crônicas, pior qualidade de vida e maior morbidade (CHAPMAN; PERRY, 2008; CLARKE; CURRIE, 2009; HUANG et al., 2010; LUCHESE et al., 2018; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014; MILANOVIĆ et al., 2015; SIVERTSEN et al., 2015; STEPTOE; DEATON; STONE, 2015; SANTOS; SANTOS, 2015; VANITALLIE, 2005).

Entretanto, apesar de ser uma condição de saúde tão recorrente entre idosos, a sintomatologia depressiva ainda é subdiagnosticada e tratada, algo que ocorre principalmente pela estigmatização de que ser velho está associado ao sentimento de tristeza e desinteresse pelas atividades cotidianas, o que é irreal. Outra condição que leva ao subdiagnóstico é que a depressão apresenta sintomas comuns com outras doenças crônicas na velhice, como o cansaço e fadiga, que levam as pessoas a deixarem de desempenhar atividades (MILANOVIĆ et al., 2015; VANITALLIE, 2005).

Assim, dada a forte associação entre os componentes do BES e os sintomas depressivos, a aplicação de instrumentos que avaliem o BES acabam por se tornarem mais uma estratégia para rastreio de possíveis casos de depressão, que podem ser então tratados adequadamente.

5.5.2 Associação entre Felicidade e Variáveis Sociodemográficas

Apesar da incidência de sintomas depressivos na velhice e ao contrário da visão do senso comum de que pessoas idosas são mais infelizes, neste trabalho a idade não esteve associada ao bem-estar subjetivo, assim como observado em outros estudos brasileiros (LIMA; BARROS; ALVES, 2012; LUCHESE et al., 2018) e também em *survey* chileno (ROMÁN et al., 2017)

Nessa perspectiva, estudos nacionais e *surveys cross-nations* importantes têm demonstrado que a associação entre melhores níveis de BES e idade ocorre na forma de uma curva U, ou seja, idosos e jovens apresentam melhores níveis de BES comparados aos adultos (BOARINI et al., 2012).

Entretanto, os autores demonstram que a relação entre idade e felicidade se dá de forma diferente em países desenvolvidos, que falam inglês e em países em desenvolvimento, o que não foi confirmado nem nos resultados deste trabalho, tampouco em outros estudos brasileiros e em estudo chileno (LIMA; BARROS; ALVES, 2012; LUCHESI et al., 2018; ROMÁN et al., 2017).

Outra variável demográfica analisada nos estudos sobre o BES é o gênero. Neste estudo, ser do gênero masculino impactou o BES apenas entre os idosos da Comunidade, que apresentaram maior satisfação com a vida, mais afetos positivos e menos negativos. A partir dos resultados, pode-se, portanto, inferir que o gênero impacta mais o BES do que a realização de hemodiálise.

Sobre a relação gênero e BES não é encontrado um consenso na literatura a respeito. Enquanto alguns estudos não encontram diferenças de BES entre homens e mulheres idosos (LUCHESI et al., 2018; MELÉNDEZ et al., 2009; WALDINGER; SCHULZ, 2010), estudo no Chile encontrou que homens idosos eram mais felizes que mulheres (ROMÁN et al., 2017), ao passo que outros têm demonstrado que as mulheres são mais felizes que os homens (GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; SUMNGERN et al., 2010).

Sobre as mulheres serem mais felizes, os resultados do *Gallup Pool* afirmam que o BES das mulheres é associado com altos níveis de satisfação com a vida e baixos níveis de equilíbrio entre afetos positivos e negativos. Os autores buscam justificar o achado com a possibilidade das mulheres fornecerem respostas mais extremas às pesquisas (BOARINI et al., 2012). A pesquisa indica que os preditores de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos são diferentes entre homens e mulheres, sendo que o melhor estado de saúde prediz mais BES entre pessoas do gênero feminino do que entre pessoas do gênero masculino.

Portanto, dada a complexidade da questão do gênero e Felicidade no envelhecimento, a temática ainda carece de mais estudos.

O número de filhos teve um efeito inverso sobre o BES, na medida em que ter mais filhos aumentou a vivência de afetos negativos pelos idosos e não interferiu nos afetos positivos e na satisfação com a vida. A esse respeito, o *Gallup World Poll* identificou que ter mais filhos tem um pequeno efeito na satisfação com a vida e um impacto negativo no

balanço afetivo dos homens, mas não das mulheres, como foi encontrado nesta pesquisa (BOARINI et al., 2012).

A renda também não esteve associada à Felicidade dos participantes deste estudo, resultado condizente com outros estudos brasileiros (LIMA; BARROS; ALVES, 2012; LUCHESI et al., 2018), embora oposto ao encontrado por Román et al. (2017), no qual, para os idosos chilenos, a renda esteve associada à maior satisfação com a vida.

Dados do *Gallup World Poll* indicaram que a renda tem efeito sobre a felicidade até um determinado ganho, porém depois de certo valor o aumento da renda não tem mais efeito no aumento do BES. Os autores enfatizam que em situações de pobreza, como não ter dinheiro para se alimentar ou estar desempregado, a renda tem alto efeito na satisfação com a vida. Complementarmente, para os autores do estudo, a influência da renda sobre o BES depende do nível de desigualdade social do local onde as pessoas vivem (BOARINI et al., 2012).

Sobre a escolaridade, os resultados da presente pesquisa indicaram uma associação positiva entre ter mais anos de estudo e sentir menos afetos negativos, não influenciando a satisfação com a vida ou os afetos positivos. Da mesma forma, outros estudos encontram associação fraca ou sequer encontram associação entre a escolaridade e o BES (BOARINI et al., 2012; LOBOS; LAPO; SCHNETTLER, 2016; LUCHESI et al., 2018).

No entanto, a literatura tem uma tendência a indicar que a melhor escolaridade tem um efeito positivo sobre o BES, principalmente em países onde as pessoas apresentam baixa renda e que esse efeito seria cumulativo, ou seja, a escolaridade ao longo da vida traria melhores estados de satisfação com a vida e equilíbrio entre afetos positivos e negativos (ANGNER et al., 2013; LIMA; BARROS; ALVES, 2012; MELÉNDEZ et al., 2009; OISHI et al., 1999; ROMÁN et al., 2017; SUMNGERN et al., 2010).

Nesse sentido, há ainda estudos que têm indicado haver uma curva U invertida quando se analisa o efeito da escolaridade na felicidade, ou seja, aqueles menos escolarizados (até quatro anos de estudo) e os mais escolarizados (nível superior de ensino) apresentariam piores escores de satisfação com a vida e de balanço afetivo. Isso seria atribuído ao fato de que pessoas com pouca escolaridade acabam tendo menos oportunidades de ter melhores trabalhos e renda, ao passo que aqueles mais escolarizados acabam se tornando ambiciosos e desejando sempre mais ou tendo empregos que os levam a maiores níveis de estresse, o que os tornaria infelizes (GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; WEI et al., 2015).

Dessa forma, os pesquisadores recomendam que o nível educacional seja estudado em conjunto com outras variáveis, como renda, segurança social e saúde e indicam que na velhice, o nível escolar importa para o BES (BOARINI et al., 2012).

A situação laboral, ou seja, ainda trabalhar, demonstrou estar associada de modo fraco à satisfação com a vida na amostra geral. Manter-se no mercado de trabalho aumentou a satisfação com a vida dos idosos que não faziam hemodiálise. O mesmo foi encontrado em pesquisa com cerca de 20 mil idosos chilenos por meio da qual se identificou que estar no mercado de trabalho contribuía para o aumento da satisfação com a vida (ROMÁN et al., 2017). Em contrapartida, o oposto é encontrado no trabalho de Sumngern (2010) que afirma que trabalhar tem um efeito negativo na Felicidade de idosos tailandeses.

A respeito do trabalho, dados de pesquisa *cross-nations* demonstrou que estar fora do mercado de trabalho esteve associado a pior BES, menos entre pessoas que estão aposentadas, são estudantes ou que são pais em tempo integral (BOARINI et al., 2012). Os autores da pesquisa afirmam que estar desempregado impacta o BES apenas em pessoas com idade para estarem ativos no mercado de trabalho, não interferindo no BES de idosos.

5.5.3 Associação entre Felicidade e realização de Atividades

O presente trabalho também investigou a associação entre os componentes do constructo do BES e a realização de atividades, tanto por meio das atividades prazerosas quanto pela mensuração do uso do tempo em diferentes atividades. As associações encontradas que podem contribuir para melhorar o BES dos idosos serão discutidas nesta seção.

Por meio do COPPES-BR foram encontradas associações positivas entre o BES e as atividades de socialização, atividades relaxantes e de competência. O uso do tempo identificou associação positiva entre o BES e atividades de socialização e com a família, e ainda associações negativas com atividades sozinho, o sono e as AVDs, na amostra geral e, especialmente, entre idosos que fazem hemodiálise.

Iniciando a discussão com as associações positivas, os resultados deste estudos denotam que as atividades de socialização, tanto quando avaliadas por meio da escala de atividades prazerosas, quanto por meio do uso do tempo, aumentam a satisfação com a vida, os afetos positivos e reduzem os afetos negativos e explicam parte do BES encontrado nos idosos participantes do estudo e, dessa forma, vão ao encontro do que afirmam estudos importantes da área (CAUNT et al., 2013; CHEN et al., 2012; DIENER; OISHI, 2005;

DIENER; SELIGMAN, 2002; HENRICKSEN; STEPHENS, 2010; OERLEMANS; BAKKER; VEENHOVEN, 2011; ROBINSON; MARTIN, 2008; ROMÁN et al., 2017; TADIC et al., 2013; WALDINGER; SCHULZ, 2010; WEI et al., 2015; WINKELMANN, 2009).

O relacionamento com pessoas, como amigos próximos ou pares da universidade, teve mais impacto sobre o BES de jovens, do que a vivência com familiares ou parceiros íntimos, embora essas relações também estivessem associadas ao BES (DIENER; SELIGMAN, 2002). Waldinger e Schultz (2010) ao avaliarem, em estudo longitudinal, casais de idosos octogenários, identificaram que o tempo com outras pessoas tinha associação direta com a Felicidade. Boardini et al., (2012), em estudo realizado em 150 países, encontraram que o tempo com amigos tem alta associação com afetos positivos e menos afetos negativos.

A participação em organizações, ter contato com vizinhos, frequentar grupos de autoajuda em saúde e atividades de identidade cultural estiveram também associados a maiores médias de satisfação com a vida em estudo com idosos chilenos (ROMÁN et al., 2017).

Um grande estudo tipo *survey* na Alemanha analisou dados de 20 anos de pesquisa com adultos e idosos e identificou que o capital social está fortemente associado ao BES, sendo um de seus melhores preditores (WINKELMANN, 2009). Como capital social, os autores compreendem que são as redes sociais com suas normas de confiança e reciprocidade, que delas surgem, podendo ocorrer em nível individual ou coletivo. Assim, entre as atividades do capital social que predizem melhor BES estavam as relações com amigos e também com a família, bem como participar de eventos culturais e de entretenimento, praticar esportes, participar de atividades religiosas e realizar trabalho voluntário.

Outro estudo, realizado na Nova Zelândia, com abordagem qualitativa, como forma de identificar quais atividades eram realizadas por pessoas idosas consideradas mais felizes, entrevistou idosos selecionados a partir de um estudo pregresso tipo *survey* nacional. Entre os conteúdos temáticos que mais emergiram da análise dos resultados estão as atividades de socialização que envolvem o encontro, a ajuda e passar tempo com outras pessoas que eram significativas para os idosos entrevistados (HENRICKSEN; STEPHENS, 2013).

Na mesma direção, o tempo com a família aos domingos esteve associado positivamente com os afetos positivos. Neste trabalho, as horas dispendidas com a família foram separadas das horas com outras pessoas. Porém, a literatura ao abordar as relações sociais e sua associação com a Felicidade, muitas vezes incluem as relações familiares como

componentes dessas (CAUNT et al., 2013; CHEN et al., 2012; HENRICKSEN; STEPHENS, 2010; ROBINSON; MARTIN, 2008; TADIC et al., 2013; WALDINGER; SCHULZ, 2010).

A associação entre Felicidade e relações sociais em idosos foi encontrada em estudo longitudinal que durou 34 anos nos EUA. Principalmente as relações com familiares e amigos estiveram fortemente associadas à Felicidade (ROBINSON; MARTIN, 2008). Entretanto, é preciso esclarecer que relação com família não significa ter um parceiro estável. Waldinger e Schultz (2010) ponderam que a associação entre felicidade e ter um parceiro afetivo estável dependia da satisfação do casal em relação, portanto não é o fato de estar casado ou em relacionamento estável apenas que determinam a felicidade, porém é a qualidade da relação criada que vai influenciar o BES.

Outra categoria que também emergiu das entrevistas dos idosos na pesquisa de Henricksen e Stephens (2013) foi a realização de atividades que os autores chamaram de interesses pessoais e recreativos, como atividades que trazem relaxamento ou *hobbies*.

Esses resultados são condizentes com o que também se identificou neste trabalho: realizar atividades relaxantes esteve associado positivamente com o BES. Tais atividades estão direcionadas a um lazer mais contemplativo e cultural, envolvendo música, contato e contemplação da natureza. Na literatura, muitas vezes, as atividades relaxantes têm sido referenciadas entre as atividades de lazer, associadas positivamente ao BES de idosos (CAUNT et al., 2013; ROBINSON; MARTIN, 2008).

Na validação do COPPES com idosos espanhóis foi encontrada associação entre frequência de atividades relaxantes e menos sintomas depressivos (MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014).

Entre idosos holandeses as atividades de descanso, que envolviam atividades relaxantes, realizadas entre atividades de cuidado com a casa, participação social e atividades físicas exerciam um efeito moderador na Felicidade dos idosos. A referida pesquisa destaca também a importância do equilíbrio entre a realização de atividades que envolvem esforço físico e outras que promovam o descanso (OERLEMANS; BAKKER; VEENHOVEN, 2011). Essa relação entre equilíbrio de atividades mais vigorosas e outras relaxantes foi explorada em estudo holandês cujos resultados mostraram que as atividades relaxantes estiveram associadas à Felicidade momentânea tanto de idosos que ainda trabalhavam, como de outros que estavam aposentados (TADIC et al., 2013).

Na pesquisa com idosos mais felizes, referenciada anteriormente, os idosos participantes também identificaram as atividades relaxantes entre aquelas que lhes

proporcionavam maior BES e suscita a necessidade de mais estudos sobre o tema (CAUNT et al., 2013).

As atividades de competência, por sua vez, aumentam a satisfação com a vida e os afetos positivos, porém não interferem nos afetos negativos. No entanto, as atividades contidas na categoria também envolvem uma resposta que depende do contato com outras pessoas (ser elogiado, ajudar alguém, ser solicitado a dar conselhos, por exemplo). Dessa forma, são coerentes com o que tem afirmado a literatura sobre a forte relação existente entre BES e atividades de socialização.

Assim como na categoria de atividades de socialização, a validação espanhola do instrumento COPPES encontrou uma associação entre realização de atividades de competência (*being-effective*) e redução de sintomas depressivos (MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2014).

Henricksen e Stephens (2013) afirmam que os idosos entrevistados referiam que alcançar pequenos objetivos diários ou outros, que envolviam um objetivo maior, fazia com que eles se sentissem competentes, sentimento esse que os tornavam felizes.

É importante dizer que entre as atividades relaxantes há momentos de descanso. No presente trabalho, separou-se a atividade de descanso e sono, por considerar que o descanso está relacionado a estar envolvido em um momento contemplativo de relaxamento que necessariamente difere do sono. Nesse sentido, ao contrário das atividades relaxantes, o sono tem um efeito negativo no BES: dormir mais está associado a ter mais afetos negativos e menos afetos positivos nos idosos que fazem hemodiálise.

A literatura indica que a qualidade e duração do sono são reguladas pela função renal e tem apontado que pessoas com problemas renais apresentam distúrbios de sono de modo frequente: ou dormem pouco, ou dormem muito e/ou têm sono intermitente (KNUTSON et al., 2018; RICARDO et al., 2017).

Portanto, os resultados tornam-se interessantes, na medida em que as pesquisas apontam que pacientes com DRC costumam ter problemas com o sono e, entre as variáveis que poder predizer a qualidade de sono nesses pacientes estão os sintomas depressivos, os quais já tiveram os prejuízos que deles decorrem, explorados anteriormente nesta tese (COHEN et al., 2007; ILIESCU; YEATES; HOLLAND, 2004).

Resultados semelhantes foram encontrados por Lima, Barros e Alves (2012) com idosos residentes da comunidade. Na referida pesquisa, aqueles que dormiam mais de dez horas por dia eram menos felizes. Os autores problematizam que dormir muitas horas nem

sempre significa que o sono teve uma boa qualidade e que a duração prolongada do sono nem sempre está associada a benefícios para a saúde.

A qualidade do sono é importante porque permite que o corpo restabeleça-se, tanto física (sistema endócrino, imunológico e metabólico) quanto mentalmente, influenciando a memória e o humor das pessoas. Porém, o sono normal do idoso é mais curto que o de uma pessoa adulta, além de ser mais superficial, apresentar menor duração de tempo em sono profundo e mais despertares durante a noite. Essas alterações na qualidade do sono noturno faz com que se tornem comuns episódios de sono diurno nos idosos. A redução do tempo dormindo seria algo natural, contudo, se associada a estados depressivos ou outras doenças clínicas, acaba por interferir negativamente na saúde dos idosos (CÂMARA; CÂMARA, 2011).

Pesquisa de metanálise com 72 estudos de coorte encontrou que tanto um sono irregular quanto um sono muito prolongado estão associados ao aumento de marcadores inflamatórios no organismo, que, por sua vez, aumentam o risco de doenças cardiovasculares e de mortalidade (IRWIN; OLMSTEAD; CARROLL, 2016). Entre pessoas com DRC, uma pesquisa acompanhou a mortalidade de pacientes por três anos e concluiu que dormir menos que sete ou mais que oito horas diárias aumentava a mortalidade (RICARDO et al., 2017).

Cabe enfatizar que a partir das análises apresentadas neste trabalho consideraram-se apenas as horas totais de sono referidas pelos idosos e, aqui, não foram analisadas nem a qualidade do sono, nem se esse total era referente a um sono contínuo ou realizado em momentos diferentes do dia. De qualquer modo, os resultados indicam que o sono dos idosos em hemodiálise impacta negativamente o BES e esse é um aspecto que contribui para que profissionais de saúde que trabalham com a população com DRC possam intervir nesse aspecto.

Finalmente, as AVDs, que são o foco de muitos programas de intervenção a idosos, tiveram uma associação negativa com a satisfação com a vida, para os idosos da Comunidade. Na Austrália, estudo com idosos independentes não encontrou associação entre a realização de AVD e satisfação com a vida (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007)

Os estudos de Meléndez et al. (2009) e Hirosaki et al. (2011) indicam que a independência para realização de AVDs está associada a melhores níveis de Felicidade e de satisfação com a vida. Entretanto, não avaliaram se o tempo realizando essas atividades estava associado ao BES e sim se há independência para a realização, a qual é uma dimensão diferente do desempenhar as AVDs.

Outro ponto importante a destacar é que com o avanço da idade, os idosos passam mais tempo para fazer atividades de autocuidado e afazeres domésticos, pois apresentam menos capacidade física e/ou problemas de saúde (CHUNG; LEE, 2017; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008; EMMEL; PAGANELLI; VALIO, 2015; GAUTHIER; SMEEDING, 2003; GRAPSA; POSEL, 2016) e pode ser que isso gere um efeito negativo na satisfação com a vida, uma vez que faz com que seja necessário retirar tempo que seria destinado a outras atividades, como a socialização, por exemplo.

Se as atividades de socialização são fortes preditores do BES, o mesmo não pode ser dito sobre o tempo em que os idosos estão sozinhos. O maior tempo sozinho aos domingos esteve associado à menor satisfação com a vida e sentir menos afetos positivos. Apesar de as pessoas idosas passarem uma considerável parte do tempo sozinhas, a literatura não refere uma associação positiva entre tempo sozinho e BES (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; STANLEY, 1995).

Simone e Haas (2013) identificaram menores níveis de satisfação com a vida entre idosos que se encontravam isolados socialmente, como idosos frágeis, e indicam que intervenções que visem a promover maior interação social são benéficas para as pessoas idosas, mesmo entre aquelas que apresentam limitações para sair de casa.

Finalizando esta seção de discussão dos resultados sobre a associação entre o BES e realização de atividades prazerosas e uso do tempo, importante mencionar que as pesquisas sobre o BES têm indicado que as atividades realizadas pelas pessoas explicam muito sobre sua Felicidade (CSIKSZENTMIHALYI; HUNTER, 2003; LYUBOMIRSKY, 2008).

Desse modo, os autores têm incentivado a realização de ações e programas que visem a contribuir para a melhoria dos níveis de BES, especialmente entre idosos (HENRICKSEN; STEPHENS, 2013; LAYOUS; CHANCELLOR; LYUBOMIRSKY, 2014; LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013; RAMÍREZ et al., 2014).

Neste trabalho, buscou-se avaliar como atividades cotidianas interferiam no BES e, dessa forma, foi possível identificar que atividades de socialização, relaxantes e que estimulem o senso de competência estiveram positivamente associadas ao BES, enquanto muitas horas de sono e tempo solitário tiveram efeito oposto. Os resultados referem-se à amostra geral, porém observa-se que o BES dos idosos em HD foi positivamente mais sensível à realização das referidas atividades.

Nesse sentido, os pesquisadores do BES afirmam a importância e necessidade de serem desenvolvidas e avaliadas intervenções por meio de atividades intencionais direcionadas a promover e manter o BES nas pessoas (HENRICKSEN; STEPHENS, 2010,

2013; LAYOUS, 2018; LAYOUS; CHANCELLOR; LYUBOMIRSKY, 2014; LUHMANN; INTELISANO, 2018; LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013; MEHRABI; GHAZAVI; SHAHGHOLIAN, 2017; RAMÍREZ et al., 2014; ROBINSON; KENNEDY; HARMON, 2012).

Estudo de intervenção realizado com pacientes em HD baseou-se em um programa específico de atividades para felicidade e encontrou que aqueles que participaram das intervenções apresentaram uma redução dos níveis de ansiedade, estresse e depressão (MEHRABI; GHAZAVI; SHAHGHOLIAN, 2017).

O próprio COPPES-BR é um instrumento direcionado a auxiliar os profissionais de saúde mental a identificar e estimular a realização de atividades que tragam mais prazer pelos idosos (FERREIRA, 2015; RIDER; THOMPSON; GALLAGHER-THOMPSON, 2016).

O mecanismo pelo qual a realização de atividades intencionais melhora o BES é indireto, pois estimula emoções, pensamentos, atitudes e comportamentos mais positivos que acabam por aumentar o BES de uma forma generalizada (LAYOUS, 2018). Contudo, apesar das intervenções terem encontrado resultados positivos, mais estudos são necessários com diferentes populações e em diferentes culturas.

Bennett et al. (2015) em estudo a respeito do BES de pessoas em hemodiálise enfatizam que as horas direcionadas a realizar o tratamento fazem com que seja necessário redirecionar o tempo engajado em atividades mais significativas de vida. Assim, os autores indicam que seria importante utilizar o tempo das sessões de HD para desenvolver atividades como forma de contribuir para que os pacientes sintam que estão engajados em seus propósitos de vida.

Nessa perspectiva, terapeutas ocupacionais são profissionais que têm como aspecto central de seu trabalho a realização de atividades significativas que objetivem a participação social na vida cotidiana. Esse profissional pode desenvolver intervenções que envolvam a realização de atividades possibilitando a criação de espaços de saúde (BENETTON, 2008). Em Terapia Ocupacional, o modo como as pessoas envolvem-se em atividades e usam seu tempo contribui para manter ou reestabelecer o estado de saúde (LAW, 2002).

Pesquisa recente demonstrou a efetividade de atendimentos realizados por terapeutas ocupacionais, durante as sessões de HD, por meio da melhora da qualidade de vida dos pacientes nos domínios físico, psicológico e social. Conhecendo as limitações físicas e complicações clínicas do tratamento, sentimentos de desânimo, desespero e perda de vontade por realizar atividades, as intervenções das terapeutas ocupacionais foram direcionadas à realização de atividades produtivas, de lazer, orientações em saúde e em conservação de

energia, para promover a volição e o maior engajamento nas atividades (PINTO; PONTES, 2017).

No referido estudo, as terapeutas ocupacionais desenvolveram atendimentos individuais, porém com objetivos generalizados e específicos: ações que estimulem o senso de competência por meio da capacidade de fazer escolhas, bem como atividades grupais que podem ser estimuladas a fim de promover maior socialização durante as sessões de HD.

Assim, a presença desse profissional nas equipes multiprofissionais que oferecem cuidados a pacientes em HD, especialmente durante as sessões do tratamento, pode ser essencial para propiciar um cuidado integral e humanizado, que promova, além da saúde física, o BES e o envelhecimento saudável.

No entanto, apesar da necessidade desse profissional nas equipes que trabalham com idosos, nesta pesquisa foram poucos os idosos que referiram ter recebido atendimento terapêutico ocupacional em algum momento de suas vidas.

Pelo exposto, considerando os benefícios do melhor BES para a saúde e a longevidade, o desenvolvimento de programas de atividades junto aos idosos que fazem HD seria uma estratégia importante a ser praticada em serviços que oferecem o tratamento.

Contudo, esta pesquisa não teve como objetivo avaliar e propor programas de atividades intencionais para o aumento do BES, mas sim identificar atividades da vida cotidiana que poderiam estar mais relacionadas ao constructo entre pessoas idosas. Desse modo, recomenda-se que estudos futuros de intervenção por meio de atividades para o melhor BES possam ser realizados junto aos idosos, tanto em HD quanto os que vivem na comunidade.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Esta tese doutoral teve como principal objetivo investigar a associação entre as variáveis referentes à Felicidade, aqui compreendida por BES, e o estado de saúde objetivo e subjetivo, a realização de atividades prazerosas e o uso do tempo em grupos de idosos em HD e da comunidade.

O resultado mais importante deste trabalho é que a realização do tratamento por Hemodiálise não esteve associada à Felicidade dos idosos participantes do estudo. Tampouco, os idosos em tratamento hemodialítico eram menos felizes comparados aos idosos que viviam na comunidade. Este resultado pode ser explicado pela teoria da adaptação hedonista, que demonstra que os seres humanos têm a capacidade de se adaptarem às diferentes situações de vida, sejam elas negativas ou positivas. Nessa direção, novos estudos sobre como decorre o processo de adaptação hedonista entre pacientes que fazem HD são necessários, pois podem contribuir para o desenvolvimento de medidas que facilitem que o mesmo ocorra.

Este resultado é importante porque contribui para a quebra do preconceito de que a realização de um tratamento como a HD pode tornar as pessoas tristes. A possibilidade de realizar a TRS precisa ser encarada como um avanço dos cuidados de saúde e, se não é a HD por si somente que torna as pessoas menos felizes, cabe investigar quais seriam as outras variáveis que podem tornar menos felizes os idosos.

Nesse sentido, outro resultado importante é que o estado de saúde esteve associado às variáveis do BES. Assim, uma melhor autoavaliação do estado de saúde esteve associada à maior satisfação com a vida e mais afetos positivos, nos dois grupos, e a menos afetos negativos, entre os idosos da comunidade. Já o maior número de doenças esteve associado à menor satisfação com a vida e menos afetos positivos apenas nos idosos da comunidade.

Estes resultados permitem concluir que o BES é mais influenciado (explicado) pelo estado de saúde entre aqueles idosos que não apresentam a DRC com necessidade de HD.

Entretanto, os resultados mostram que os idosos da comunidade apresentavam maior número de doenças que aqueles em tratamento por HD. Essa informação retrata o quadro de multicomorbidades apresentado pelos idosos que usam o sistema público de saúde no Brasil, além de estimular que novos estudos sobre o acompanhamento em saúde de idosos que vivem na comunidade sejam realizados. Haja visto que, entre os idosos da comunidade, o pior estado de saúde associou-se ao menor BES.

Independente do grupo, a presença de sintomas depressivos não somente se associou à redução do BES, como explicou grande parte de sua variação entre os participantes do estudo. Este resultado reforça a importância da sintomatologia depressiva na velhice necessitar receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Observou-se nos serviços de atenção à saúde uma desvalorização dos sintomas de saúde mental, em detrimento dos cuidados da saúde física, especialmente entre a população idosa, que sofre diariamente as consequências do estigma da velhice ser associada à tristeza.

Os resultados demonstram ainda como a depressão é subdiagnosticada entre idosos, tendo em vista haver uma diferença entre o número de participantes que referiram ter o diagnóstico e o número de idosos identificados com ponto de corte indicativo de sintomas de depressão na aplicação da GDS.

As variáveis sociodemográficas que se associaram e explicaram parte do BES dos idosos desta pesquisa foram: o gênero masculino (apenas entre idosos da comunidade), o número de filhos, ter emprego e o nível de escolaridade. Ser do gênero masculino foi a variável sociodemográfica que mais teve efeito sobre o BES dos idosos da comunidade, entre os quais representou maior satisfação com a vida, ter mais afetos positivos e menos negativos. Trabalhar explicou muito pouco da satisfação com a vida dos idosos da amostra. Contudo, o gênero não interfere no BES dos idosos que fazem HD, enquanto que o baixo nível escolar e ter mais filhos contribuem pouco para o aumento dos afetos negativos apenas.

Se por um lado os resultados demonstram que uma pior saúde percebida, um maior número de doenças, mais sintomas depressivos e ser do gênero feminino explicam parte da redução do BES, a realização de atividades prazerosas e o uso do tempo para realizar atividades associam-se positivamente ao BES.

As atividades de socialização estiveram fortemente associadas ao melhor BES, tanto quando avaliadas por meio do instrumento de atividades prazerosas, quanto pelo relógio de atividades do uso do tempo. Da mesma maneira, as atividades relaxantes e de competência tem associação positiva com o BES dos idosos. Já o maior tempo sozinho, dormindo ou realizando AVDs associou-se negativamente ao BES.

As atividades explicam parte importante da satisfação com a vida e do equilíbrio afetivo das pessoas, quando estas têm condições básicas de vida garantidas, como acesso à saúde, alimentação, educação, segurança e moradia, por exemplo.

A realização de HD também não interferiu na realização e percepção de agradabilidade dos idosos para as atividades prazerosas. No entanto, os resultados demonstram um efeito moderador do nível escolar nas atividades de Socialização e

Relaxantes, de maneira que as pessoas mais escolarizadas realizam e consideram mais agradáveis essas atividades.

Do mesmo modo, o número de doenças modera a percepção de agradabilidade das atividades relaxantes e práticas entre os idosos da comunidade. Assim, aqueles com menor número de doenças consideram tais atividades mais agradáveis.

Quanto ao uso do tempo, a realização de HD implica em uma redução de horas na realização de AVDs entre idosos com maior número de doenças, em dias da semana sem tratamento. Nesse sentido, foi observado que, no dia do tratamento, são reduzidas as horas com a família e em atividades de lazer, contudo, ocorre uma redução do tempo em que os idosos que fazem HD estão sozinhos aos domingos.

Os idosos com menor número de doenças dormem mais e passam mais horas em atividades de lazer aos domingos, ao passo que aqueles mais escolarizados têm mais horas dedicadas às atividades de socialização. Portanto, pelos resultados expostos, conclui-se que o nível escolar e o número de doenças influenciam direta e indiretamente o BES dos idosos.

Entretanto, os resultados indicam um paradoxo: apesar do benefício para o BES dos idosos, as atividades de socialização representam pequena parte das horas de um dia dos participantes, enquanto as AVDs e o tempo sozinho, que exercem um efeito negativo no BES, têm maior tempo de duração. Ou seja, os resultados demonstram um desequilíbrio entre o uso do tempo em atividades que promovem o BES e aquelas que são menos benéficas.

Um aspecto essencial sobre as atividades é que além de poderem ser escolhidas, são passíveis de intervenção e de mudança. Neste estudo, avaliou-se a realização de atividades cotidianas comuns na vida das pessoas idosas e são identificados efeitos positivos sobre o BES.

Nesse sentido, os resultados e a literatura apontam para o papel de profissionais de saúde mental, como o terapeuta ocupacional, no desenvolvimento de estratégias que promovam não só reparar situações decorrentes de adoecimentos, mas que promovam a maior Felicidade das pessoas ao longo de todo o curso de vida.

Terapeutas ocupacionais são profissionais que podem contribuir muito para que as pessoas possam ter uma vida mais feliz, especialmente na velhice. Esses profissionais têm, na base de seu trabalho, a realização de atividades em conjunto com seus pacientes / clientes / sujeitos de atenção, com o objetivo de promover a inserção social deles na vida cotidiana. Ademais, o processo de realização de atividades é voltado para que a pessoa consiga ser capaz de fazer escolhas, expressar sentimentos, saber enfrentar dificuldades cotidianas na realidade e consiga descobrir o significado e sentido naquilo que se faz.

Finalmente, os resultados deste estudo demonstraram que a Felicidade dos idosos participantes é explicada por variáveis que são passíveis de intervenção e que vão ao encontro da promoção do envelhecimento saudável, como: o tratamento das doenças crônicas, o tratamento da sintomatologia depressiva, a melhoria do nível educacional e a realização de atividades na vida cotidiana. Além disso, contribuem para uma compreensão da velhice e do tratamento por hemodiálise por uma perspectiva positiva, por meio da qual a capacidade de adaptação e a realização atividades significativas são valorizadas.

REFERÊNCIAS

ADJEL, N. K.; BRAND, T. Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 110, dez. 2018.

ADJEL, N. K.; BRAND, T.; ZEEB, H. Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: a cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. **PLoS ONE**, v. 12, n. 9, p. e0184676, set. 2017.

ALAVI, N. M. Update on geriatric research. **Aging Health**, v. 4, n. 1, p. 23-4, fev. 2008.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; SOUSA, F. M.; MARTINS, C. R. Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2010.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2-B, p. 421-6, jun. 1999.

ANDRADE, F. C. D.; MEHTA, J. D. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4, p. e0196494, abr. 2018.

ANGNER, E. et al. Daily functioning, health status, and happiness in older adults. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 5, p. 1563-74, 2013.

ARAÚJO, J. B. et al. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodialise. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4996-5001, 2016.

BARRETO, P. S. Direct and indirect relationships between physical activity and happiness levels among older adults: a cross-sectional study. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 7, p. 861-8, out. 2014.

BENETTON, M. J. Atividades: tudo o que você sempre quis saber e ninguém respondeu. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 26-9, 2008.

BENNETT, P. et al. The happiness and subjective well-being of people on haemodialysis. **Journal of Renal Care**, v. 41, n. 3, p. 156-61, 2015.

BERTOLIN, D. C. et al. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 179-86, 2008. Número especial.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BJÖRKLUND, C. et al. Temporal patterns of daily occupations related to older adults' health in Northern Sweden. **Journal of Occupational Science**, v. 22, n. 2, p. 127-45, abr. 2015.

BOARINI, R. et al. **What makes for a better life?:** the determinants of subjective well-being in oecd countries: evidence from the Gallup world poll. 2012. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5k9b9ltjm937-en.pdf?expires=1531775085&id=id&accname=guest&checksum=8702AEFDE0920EF71D583C3ED607BEE6>>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 2009. Seção 1, p. 86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRICKMAN, P.; COATES, D.; JANOFF-BULMAN, R. Lottery winners and accident victims: is happiness relative? **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 36, n. 8, p. 917-27, 1978.

BRIEF, A. P. et al. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 64, n. 4, p. 646-53, 1993.

CÂMARA, V. D.; CÂMARA, W. S. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1754.

CAUNT, B. S. et al. Exploring the causes of subjective well-being: a content analysis of peoples' recipes for long-term happiness. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 2, p. 475-99, abr. 2013.

CAVALCANTI, A.; DUTRA, F. C. M. S. E.; ELUI, V. M. C. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 3. ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, jan.-abr. 2015.

CHAN, R. et al. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 4, p. 563-80, 2012.

CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S. Depression as a major component of public health for older adults. **Preventing chronic disease**, v. 5, n. 1, p. A22, 2008.

CHAVES, S. S. S. **Valores como preditores do bem-estar subjetivo**. 2003. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

CHEN, Y. et al. Age differences in goal concordance, time use, and well-being. **Educational Gerontology**, v. 38, n. 11, p. 742-52, nov. 2012.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Epidemiological profile of patients on renal replacement therapy in Brazil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 639-49, 2010.

CHIDA, Y.; STEPTOE, A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, n. 7, p. 741-56, set. 2008.

CHILVERS, R.; CORR, S.; SINGLEHURST, H. Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 57, n. 1, p. 24-33, fev. 2010.

CHUNG, S.; LEE, E. Patterns of time use across the life span in korea: a latent class analysis and age and gender differences. **Social Indicators Research**, v. 134, n. 3, p. 1135-55, dez. 2017.

CLARKE, D. M.; CURRIE, K. C. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. **The Medical Journal of Australia**, v. 190, n. 7, p. S54-S60, 2009. Suplemento.

COHEN, S. D. et al. Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 2, n. 5, p. 919-25, 2007.

COLLINS, A. L.; SARKISIAN, N.; WINNER, E. Flow and happiness in later life: an investigation into the role of daily and weekly flow experiences. **Journal of Happiness Studies**, v. 10, n. 6, p. 703-19, dez. 2009.

CRODA, E.; GONZALEZ-CHAPELA, J. How do european older adults use their time? In: BÖRSCH-SUPAN, A. et al. (Eds.). **Health, ageing and retirement in Europe first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe**. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005. p. 265-71.

CSIKSZENTMIHALYI, M.; HUNTER, J. Happiness in everyday life: the uses of experience sampling. **Journal of Happiness Studies**, v. 4, p. 185-99, 2003.

CUSUMANO, A. M.; ROSA-DIEZ, G. J.; GONZALEZ-BEDAT, M. C. Latin American dialysis and transplant registry: experience and contributions to end-stage renal disease epidemiology. **World Journal of Nephrology**, v. 5, n. 5, p. 389, 2016.

DATASUS. **HIPERDIA**: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. *Website*. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

DEATON, A. Income, Health, and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll. **Journal of Economic Perspectives**, v. 22, n. 2, p. 53-72, mar. 2008.

_____. (Ed.). **The science of well-being**: the collected works of Ed Diener. Dordrecht: Springer Netherlands, 2009.

DIENER, E. Happiness: the science of subjective well-being. In: BISWAS-DIENER, R.; DIENER, E. (Eds.). **Noba textbook series: Psychology**. Champaign, IL: DEF publishers, 2018. Disponível em: <<http://nobaproject.com/modules/happiness-the-science-of-subjective-well-being#license>>. Acesso em: 9 jun. 2018.

DIENER, E.; CHAN, M. Y. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 3, n. 1, p. 1-43, 2011.

DIENER, E.; EMMONS, R. A. The independence of positive and negative affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, n. 5, p. 1105-17, 1985.

DIENER, E.; LUCAS, R. E.; SCOLLON, C. N. Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. **American Psychologist**, v. 61, n. 4, p. 305-14, 2006.

DIENER, E.; OISHI, S. The nonobvious social psychology of happiness. **Psychological Inquiry**, v. 16, n. 4, p. 162-7, out. 2005.

DIENER, E.; SELIGMAN, M. E. P. Very happy people. **Psychological Science**, v. 13, n. 1, p. 81-4, jan. 2002.

DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-5, 1985.

_____. Subjective well-being: three decades of progress subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, n. 2, p. 276-302, 1999.

_____. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M. Uso do tempo no cotidiano de idosos: um método indicador do estilo e modo de vida na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 1, p. 37-54, 2006.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M.; LAGO, O. C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1133-42, ago. 2008.

EMMEL, M. L. G. Trabalho e qualidade de vida dos terapeutas ocupacionais: estudo de uma amostra brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2012.

EMMEL, M. L. G.; PAGANELLI, L. O.; VALIO, G. T. Uso do tempo de um grupo de idosos do município de São Carlos (SP). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 421-2, 2015.

EMMEL, M. L. G. et al. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 10, n. 1, p. 30-41, 2002.

EPICURO. **Carta sobre a Felicidade**: (a Meneceu). 2. ed. Tradução de Álvaro Lorencini, Enzo Del Carratore. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

ETTEMA, D. et al. Out-of-home activities, daily travel, and subjective well-being. **Transportation Research Part A: Policy and Practice**, v. 44, n. 9, p. 723-32, nov. 2010.

FARNWORTH, L.; FOSSEY, E. Occupational terminology interactive dialogue. **Journal of Occupational Science**, v. 10, n. 3, p. 150-3, ago. 2003.

FERRAZ, R. B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 234-42, 2007.

FERREIRA, H. G. **Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliar o envolvimento de idosos em atividades prazerosas**. 2015. 171 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. Cross-cultural adaptation of an instrument to evaluate older people's involvement in pleasant activities. **Reports in Public Health**, v. 29, n. 12, p. 2554-60, 2013.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 579-90, 2011.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J.; FONTAINE, A. M. G. V. A measure to assess elderly brazilians' involvement in pleasant activities: initial evidence of internal and external validity. **Clinical Gerontologist**, v. 38, n. 5, p. 375-94, 2015.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975.

FRIJTERS, P.; BEATTON, T. The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 82, n. 2-3, p. 525-42, maio 2012.

GAUTHIER, A.; SMEEDING, T. Time use at older ages cross-national differences. **Research on Aging**, v. 25, n. 3, p. 247-74, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007.

GOODKIN, D. A. Association of comorbid conditions and mortality in hemodialysis patients in europe, japan, and the united states: the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 14, n. 12, p. 3270-77, dez. 2003.

GRAHAM, C.; ZHOU, S.; ZHANG, J. Happiness and health in China: the paradox of progress. **World Development**, v. 96, p. 231-44, ago. 2017.

GRAPSA, E.; POSEL, D. Sequencing the real time of the elderly: evidence from South Africa. **Demographic Research**, v. 35, n. 1, p. 711-44, set. 2016.

GUZZO, F.; BÖING, E.; NARDI, A. L. Da paralisação dos rins ao movimento da vida: Percepções de pessoas em tratamento de hemodiálise. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 23, n. 1, p. 22-31, 2017.

HEADEY, B.; VEENHOVEN, R.; WEARING, A. Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. **Social Indicators Research**, v. 24, n. 1, p. 81-100, fev. 1991.

HENRICKSEN, A.; STEPHENS, C. An exploration of the happiness-enhancing activities engaged in by older adults. **Ageing International**, v. 35, n. 4, p. 311-26, dez. 2010.

_____. The happiness-enhancing activities and positive practices inventory (HAPPI): development and validation. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 1, p. 81-98, mar. 2013.

HERERO, V. G.; EXTREMERA, N. Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. **Personality and Individual Differences**, v. 49, n. 2, p. 124-9, jul. 2010.

HIROSAKI, M. et al. Self-rated happiness is associated with functional ability, mood, quality of life and income, but not with medical condition in community-dwelling elderly in Japan. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 11, n. 4, p. 531-3, out. 2011.

HORGAS, A. L.; WILMS, H.-U.; BALTES, M. M. Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful life. **The Gerontologist**, v. 38, n. 5, p. 556-68, 1998.

HUANG, C. Q. et al. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. **Ageing Research Reviews**, v. 9, n. 2, p. 131-41, 2010.

HUNT, E.; MCKAY, E. A. A scoping review of time-use research in occupational therapy and occupational science. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 22, n. 1, p. 1-12, jan. 2015.

ILIESCU, E. A.; YEATES, K. E.; HOLLAND, D. C. Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 19, n. 1, p. 95-9, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**: Panorama. *Website*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

_____. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

_____. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**. *Website*. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 13 jun. 2018.

IRWIN, M. R.; OLMSTEAD, R.; CARROLL, J. E. Sleep disturbance, sleep duration, and inflammation: A systematic review and meta-analysis of cohort studies and experimental sleep deprivation. **Biological Psychiatry**, v. 80, n. 1, p. 40-52, 2016.

JHA, V. et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **The Lancet**, v. 382, n. 9888, p. 260-72, jul. 2013.

JOWSEY, T. et al. Time's up. descriptive epidemiology of multi-morbidity and time spent on health related activity by older australians: a time use survey. **PLoS ONE**, v. 8, n. 4, p. e59379, abr. 2013.

KALLENBERG, M. H. et al. Functional and cognitive impairment, frailty, and adverse health outcomes in older patients reaching ESRD-a systematic review. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 11, n. 9, p. 1624-39, 2016.

KATZ, S. Busy bodies: activity, aging, and the management of everyday life. **Journal of Aging Studies**, v. 14, n. 2, p. 135-52, jun. 2000.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2011.

KNUTSON, K. L. et al. Habitual sleep and kidney function in chronic kidney disease: the Chronic Renal Insufficiency Cohort study. **Journal of Sleep Research**, v. 27, n. 2, p. 281-89, abr. 2018.

KRISHNASAMY, C.; UNSWORTH, C.; HOWIE, L. The patterns of activity, and transport to activities among older adults in Singapore. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy**, v. 21, n. 2, p. 80-7, dez. 2011.

KRUG, R. R.; XAVIER, A. J.; D'ORSI, E. Fatores associados à manutenção do uso da internet, estudo longitudinal EpiFloripa Idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 37, abr. 2018.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KUSUMOTA, L.; OLIVEIRA, M. P.; MARQUES, S. O idoso em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 546-50, 2009. Número Especial.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-32, jun. 2004.

KUYKENDALL, L.; TAY, L.; NG, V. Leisure engagement and subjective well-being: a meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 141, n. 2, p. 364-403, 2015.

LANSFORD, B. J. E. A lifespan perspective on subjective well-being abstract: stability and change in subjective well-being mean levels of well-being at different ages. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. 1. ed. Salt Lake City, UT: DEF, 2018. p. 1-15.

LARSON, E. A. The time of our lives: the experience of temporality in occupation. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 1, p. 24-35, fev. 2004.

LARSON, E.; VON EYE, A. Beyond flow: temporality and participation in everyday activities. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 64, n. 1, p. 152-63, jan.-fev. 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005.

LAW, M. Participation in the occupations of everyday life. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 6, p. 640-49, nov. 2002.

LAYOUS, K. Malleability and intentional activities. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. 1. ed. Salt Lake City, UT: DEF, 2018. p. 1-13.

LAYOUS, K.; CHANCELLOR, J.; LYUBOMIRSKY, S. Positive activities as protective factors against mental health conditions. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 123, n. 1, p. 3-12, fev. 2014.

LEVINE, R. V. Time use, happiness and implications for social policy: a report to the United Nations. *Insights*, Durham, UK, v. 6, n. 2, p. 2-13, 2013.

LIDDLE, J. et al. Time use, role participation and life satisfaction of older people: Impact of driving status. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 59, n. 5, p. 384-92, out. 2012.

LIFSHITZ, R.; NIMROD, G.; BACHNER, Y. G. Internet use and well-being in later life: a functional approach. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 1, p. 85-91, jan. 2018.

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. D. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional de Universidade Federal de São Carlos**, v. 21, n. 2, p. 243-54, 2013.

LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A.; ALVES, M. C. G. P. Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2280-92, 2012.

LIMA, M. G.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. Happy life expectancy among older adults: differences by sex and functional limitations. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, p. 1-9, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2467-78, out. 2007.

LOBOS, G.; LAPO, M. C.; SCHNETTLER, B. In the choice between health and money, health comes first: an analysis of happiness among rural Chilean elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-12, 2016.

LUCAS, R. E. Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 92, n. 4, p. 717-30, 2007.

LUCHESI, B. M. et al. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 74, p. 83-7, jan. 2018.

LUHMANN, M.; INTELISANO, S. Hedonic adaptation and the set point for subjective well-being. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. 1. ed. Salt Lake City, UT: DEF, 2018. p. 1-26.

LYUBOMIRSKY, S. **A Ciência da Felicidade**: como atingir a felicidade real e duradoura - um método científico para alcançar a vida que você deseja. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

_____. Hedonic Adaptation to Positive and Negative Experiences. In: FOLKMAN, S. (Ed.). **The Oxford handbook of stress, health, and coping**. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 200-24.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 6, p. 803-55, 2005.

LYUBOMIRSKY, S.; LAYOUS, K. How do simple positive activities increase well-being? **Current Directions in Psychological Science**, v. 22, n. 1, p. 57-62, fev. 2013.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**, v. 46, n. 2, p. 137-55, 1999.

LYUBOMIRSKY, S.; SHELDON, K. M.; SCHKADE, D. Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. **Review of General Psychology**, v. 9, n. 2, p. 111-31, 2005.

MAGALHÃES, J.; SILVA, R. L. Percepção do cenário atual da saúde do homem: dificuldades encontradas por indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e diabetes na procura por assistência de saúde em Cáceres - MT. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 3, p. 39-56, 2015.

MARINHO, C. L. A. et al. Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 2017-29, set. 2018.

MARÔCO, J. **Análise estatística com utilização do SPSS**. 6. ed. Lisboa: Report Number, 2011.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, *software* e aplicações**. 2. ed. Lisboa: Report Number, 2014.

MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M. et al. Spanish validation of the california older person's pleasant events schedule (COPPEs). **Clinical Gerontologist**, v. 37, n. 2, p. 151-66, mar. 2014.

MCKENNA, K.; BROOME, K.; LIDDLE, J. What older people do: time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 54, n. 4, p. 273-84, mar. 2007.

MCKENNA, K. et al. Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 56, n. 3, p. 177-88, jun. 2009.

MEDEIROS, R. C. et al. Perfil epidemiológico de pacientes em tratamento hemodialítico. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 11, p. 9846-52, 2015.

MEHRABI, Y.; GHAZAVI, Z.; SHAHGHOLIAN, N. Effect of fordyce's happiness program on stress, anxiety, and depression among the patients undergoing hemodialysis. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 22, n. 3, p. 190-4, 2017.

MELÉNDEZ, J. C. et al. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 48, n. 3, p. 291-5, maio 2009.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-76, dez. 2015.

MEYER, A. The philosophy of Occupational Therapy. **Occupational Therapy in Mental Health**, v. 2, n. 3, 1983.

MILANOVIĆ, S. M. et al. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. **Psychiatria Danubina**, v. 27, n. 1, p. 31-7, 2015.

MORENO, X.; HUERTA, M.; ALBALA, C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores global self-rated health and mortality in older people. **Gac Sanit**, v. 28, n. 3, p. 246-52, 2014.

NERI, A. L. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2013.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2011.

NERI, A. L.; EULÁLIO, M. C.; CABRAL, B. E. Bem-estar indicado por satisfação, afetos positivos e negativos. In: NERI, A. L. (Org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2013. p. 394.

NIE, P.; SOUSA-POZA, A.; NIMROD, G. Internet use and subjective well-being in China. **Social Indicators Research**, v. 132, n. 1, p. 489-516, maio 2017.

NUNES, L. N. V. **Promoção do bem-estar subjectivo dos idosos através da intergeracionalidade**. 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

NUNES, A. C.; EMMEL, M. L. G. Time use in daily activities of working class children from 9 to 12 years of age. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 176-85, 2015.

OERLEMANS, W. G. M.; BAKKER, A. B.; VEENHOVEN, R. Finding the key to happy aging: a day reconstruction study of happiness. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 66B, n. 6, p. 665-74, nov. 2011.

OISHI, S. et al. Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspectives from needs and values. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 25, n. 8, p. 980-90, 1999.

OLDS, T. S. et al. Everybody's working for the weekend: changes in enjoyment of everyday activities across the retirement threshold. **Age and Ageing**, v. 45, n. 6, p. 850-5, nov. 2016.

OLIVEIRA, S. F.; QUEIROZ, M. I. N.; COSTA, M. L. A. Bem-estar subjetivo na terceira idade. **Revista Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 1038-47, 2012.

OLLER, G. A. S. A. O. et al. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1033-40, 2012.

ORLANDI, F. S. et al. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 900-5, 2012.

PAGANELLI, L. O. **O uso do tempo de idosos que participam de grupos para terceira idade do município de São Carlos**. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

PALMER, S. et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. **Kidney International**, v. 84, n. 1, p. 179-91, jul. 2013.

PAVÃO, A. L.; WERNEK, G. L.; RODRIGUES, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-34, 2013.

PAVOT, W.; DIENER, E. Review of the satisfaction with life scale. **Psychological Assessment**, v. 5, n. 2, p. 164-72, 1993.

PEMBERTON, S.; COX, D. What happened to the time? the relationship of occupational therapy to time. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. 2, p. 78-85, fev. 2011.

PILGER, C. et al. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 689-96, ago. 2017.

PINTO, C. A.; PONTES, M. Qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico: intervenção da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 79-85, 2017.

PIRES, A. J. Doença Renal. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 765-74.

PRIZMIĆ, Z.; KALITERNA LIPOVČAN, L.; BURUŠIĆ, J. Off-the-job activities and well-being in healthcare professionals. **Revija za Socijalnu Politiku**, v. 16, n. 3, p. 271-80, 2009.

PROYER, R. T. Playfulness over the lifespan and its relation to happiness. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, v. 47, n. 6, p. 508-12, ago. 2014.

RAMÍREZ, E. et al. A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 4, p. 463-70, maio 2014.

REYES, J. A. L. Exploring leisure time activities and sociodemographic indicators of subjective happiness and self-perceived health among filipinos. **Austrian Journal of South-East Asian Studies**, v. 9, n. 2, p. 269-88, 2016.

RICARDO, A. C. et al. Association of sleep duration, symptoms, and disorders with mortality in adults with chronic kidney disease. **Kidney International Reports**, v. 2, n. 5, p. 866-73, 2017.

RIDER, K. L.; GALLAGHER-THOMPSON, D.; THOMPSON, L. W. **California older person's pleasant events schedule**: manual. California: Stanford Medicine, 2004. p. 33.

RIDER, K. L.; THOMPSON, L. W.; GALLAGHER-THOMPSON, D. California older persons pleasant events scale: a tool to help older adults increase positive experiences. **Clinical Gerontologist**, v. 39, n. 1, p. 64-83, jan. 2016.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RIIS, J. et al. Ignorance of hedonic adaptation to hemodialysis: a study using ecological momentary assessment. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 134, n. 1, p. 3-9, 2005.

ROBINSON, J. P.; MARTIN, S. What do happy people do? **Social Indicators Research**, v. 89, n. 3, p. 565-71, dez. 2008.

ROBINSON, K.; KENNEDY, N.; HARMON, D. Happiness: A review of evidence relevant to occupational science. **Journal of Occupational Science**, v. 19, n. 2, p. 150-64, 2012.

RODRIGUES, C. F. F. et al. Validação de uma escala de satisfação com a vida para idosos de baixa renda na Paraíba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, 3.; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, 12. **Livro de resumos dos painéis...** João Pessoa: 2007. p. 345. Disponível em: <<http://www.ibapnet.org.br/congresso2007/LivroPaineis2007.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

ROMÁN, X. A. S. et al. Factors associated to subjective well-being in older adults. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

SABATINI, F. The relationship between happiness and health: evidence from Italy. **Social Science and Medicine**, v. 114, p. 178-87, 2014.

SADLER, M. E. et al. Subjective well-being and longevity: a co-twin control study. **Twin Research and Human Genetics**, v. 14, n. 3, p. 249-56, jun. 2011.

SALIMENA, A. M. O. et al. O cotidiano da mulher em hemodiálise. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 3, p. 4363-643, 2016.

SANTOS, A. R. M. et al. Usando o tempo a favor do bem-estar: uma configuração do estilo de vida dos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 1, p. 27-43, 2013.

SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 273-83, jun. 2015.

SAYER, L. C.; FREEDMAN, V.; BIANCHI, S. M. Gender, time use and aging. In: FERRARO, K.; GEORGE, L. (Eds.). **Handbook of Aging and the social sciences**. 8. ed. London: Academic Press Elsevier, 2015. p. 1-28.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, jun. 2011.

SCORSOLINI-COMIN, F. et al. From authentic happiness to well-being: the flourishing of positive psychology. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 663-70, 2013.

SEGERSTROM, S. C.; EVANS, D. R. Happy all the time? Affect, resources, and time use. **Emotion**, v. 16, n. 7, p. 941-4, 2016.

SESSO, R. C. et al. Brazilian chronic dialysis survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 3, p. 261-6, 2017.

SHAO, G. Grey correlation degree-based sports activities and old people happiness index relationship optimization model research. **The Open Cybernetics & Systemics Journal**, v. 9, p. 2935-40, 2015.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. A geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **The Journal of Aging and Mental Health**, v. 5, n. 1-2, p. 165-73, 1986.

SIAHPUSH, M.; SPITTAL, M.; SINGH, G. K. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the pr. **American Journal of Health Promotion**, v. 23, n. 1, p. 18-27, 2008.

SIMONE, P. M.; HAAS, A. L. Frailty, leisure activity and functional status in older adults: relationship with subjective well-being. **Clinical Gerontologist**, v. 36, n. 4, p. 275-93, 2013.

SIVERTSEN, H. et al. Depression and quality of life in older persons: a review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 40, n. 5-6, p. 311-39, 2015.

SPULING, S. M.; HUXHOLD, O.; WURM, S. Predictors of self-rated health: does education play a role above and beyond age? **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 72, n. 3, p. 415-24, ago. 2017.

STANLEY, M. An investigation into the relationship between engagement in valued occupations and life satisfaction for elderly South Australians. **Journal of Occupational Science**, Australia, v. 2, n. 3, p. 100-14, 1995.

STEPTOE, A.; DEATON, A.; STONE, A. A. Subjective well-being, health, and ageing. **The Lancet**, v. 385, n. 9968, p. 640-8, fev. 2015.

STINSON, L. L. Measuring how people spend their time: a time-use survey design. **Monthly Labor Review**, v. 122, n. 8, ago. 1999.

STRINGUETTA-BELIK, F. et al. Greater level of physical activity associated with better cognitive function in hemodialysis in end stage renal disease. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 4, p. 378-86, 2012.

STUBBE, J. H. *et al.* The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 2, p. 148-52, fev. 2007.

SUMNGERN, C. et al. Happiness among the elderly in communities: a study in senior clubs of Chonburi Province, Thailand. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 7, n. 1, p. 47-54, 2010.

SURVEY OF HEALTH, AGING AND RETIREMENT IN EUROPE. **SHARE-ERIC**: Home. *Website*. 2018. Disponível em: <<http://www.share-project.org>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

TADIC, M. et al. Daily activities and happiness in later life: the role of work status. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 5, p. 1507-27, out. 2013.

TOMIOKA, K.; KURUMATANI, N.; HOSOI, H. Age and gender differences in the association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 99, dez. 2017.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Chronic kidney disease and the aging population. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 1-5, 2014.

TOV, W. Well-being concepts and components. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. 1. ed. Salt Lake City, UT: DEF, 2018. p. 30-44.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Ageing 2015**. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2016.

VANITALLIE, T. B. Subsyndromal depression in the elderly: Underdiagnosed and undertreated. **Metabolism: Clinical and Experimental**, v. 54, n. 5, p. 39-44, 2005. Suplemento.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 3, p. 449-69, 2008.

VIEIRA, L. C. E S. et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 215-7, 2011.

WALDINGER, R. J.; SCHULZ, M. S. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. **Psychology and Aging**, v. 25, n. 2, p. 422-31, 2010.

WANG, F. et al. Long-term association between leisure-time physical activity and changes in happiness: analysis of the prospective national population health survey. **American Journal of Epidemiology**, v. 176, n. 12, p. 1095-1100, dez. 2012.

WEI, X. et al. Leisure time, leisure activities, and happiness in China. **Journal of Leisure Research**, v. 47, n. 5, p. 556-76, nov. 2015.

WINKELMANN, R. Unemployment, social capital, and subjective well-being. **Journal of Happiness Studies**, v. 10, n. 4, p. 421-30, ago. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health 2015**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>. Acesso em: 28 maio 2018.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico (PUCRS)**, v. 43, n. 3, p. 280-8, 2012.

WU, S. et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 320, dez. 2013.

YAKOVLEV, P.; LEGUIZAMON, S. Ignorance is not bliss: on the role of education in subjective well-being. **Journal of Socio-Economics**, v. 41, n. 6, p. 806-15, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socec.2012.08.009>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

ZAIDEN, M. P. **Qualidade de Vida, desempenho de papéis ocupacionais e uso do tempo na percepção de indivíduos obesos pré e pós-cirurgia bariátrica**. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

ZUZANEK, J.; ZUZANEK, T. Of happiness and of despair, is there a measure? Time use and subjective well-being. **Journal of Happiness Studies**, v. 16, n. 4, p. 839-56, ago. 2015.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Hemodiálise

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado como voluntário(a), para participar da pesquisa “Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos em Tratamento Dialítico”, desenvolvida sob a responsabilidade da pesquisadora Cláudia Aline Valente Santos, terapeuta ocupacional, aluna de pós-graduação e da professora orientadora Luciana Kusumota, ambas vinculadas à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Nosso objetivo com este estudo é conhecer mais sobre o nível de Felicidade de idosos que fazem tratamento dialítico e buscar verificar se existe alguma relação com a participação em atividades prazerosas, o modo como usam seu tempo e como percebe que está seu estado de saúde. Isto pode contribuir para que sejam criados e prestados cuidados de modo mais integral para quem realiza diálise e está envelhecendo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem como finalidade proteger os participantes da pesquisa.

Enquanto o(a) senhor(a) estiver realizando a hemodiálise (ou em horário de retorno, se fizer diálise peritoneal), você será entrevistado através dos questionários 1) de características pessoais, de saúde; 2) de um exame para ver seu estado mental; 3) de avaliação do seu estado emocional; 4) de satisfação com sua vida; 5) de avaliação de afetos positivos e negativos; 6) de atividades que são prazerosas para as pessoas e sua satisfação com estas; 7) de um relógio para marcar quantas horas gasta fazendo algumas atividades definidas. A entrevista será feita em um único dia, com duração de cerca de uma hora e meia.

Além das informações que o Senhor(a) fornecer na entrevista é preciso que o Senhor(a) autorize que seu prontuário clínico (pasta de documento que contém informações sobre seu tratamento desde o início) seja consultado.

O(A) senhor(a) não terá custo ou despesa alguma, assim como não terá pagamento financeiro pela sua participação nesse estudo. Terá direito à indenização conforme leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa por parte das pesquisadoras e das Instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

O(A) Senhor(a), se desejar participar, deverá rubricar todas as páginas e assinar na última folha, sendo que uma via assinada deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora.

Para sua privacidade, a entrevista será realizada por pesquisadora treinada que estará sentada próxima ao senhor e falará em volume adequado, de modo que outras pessoas não ouçam sua conversa. O(A) Senhor(a) não terá o nome escrito em nenhuma folha dos questionários de coleta de dados. Asseguramos que o(a) Senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa. Entretanto, solicito sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, em eventos ou publicações científicas, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho. A sua participação nesta pesquisa não implicará em alterações referentes ao seu recebimento de benefícios ou aposentadorias.

Se depois de consentir sua participação o(a) Senhor(a) desistir de participar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Por se tratar de um assunto que aborda afetos e sentimentos, realização de atividades e como você organiza seu dia a dia, existe uma chance de você sentir desconforto relacionado a precisar falar sobre sua vida. Para minimizar esse risco, a pesquisadora foi treinada para conduzir as entrevistas da maneira mais adequada. Como benefício, essa pesquisa poderá fazer você refletir sobre seu dia a dia e as atividades que poderiam lhe trazer mais felicidade. Outro benefício futuro, é que este estudo pode ajudar ampliar o conhecimento dos profissionais que cuidam dos idosos que fazem tratamento dialítico, fornecendo uma melhor assistência a estas pessoas, visualizando o lado mais positivo e ativo da vida.

Se você se sentir muito desconfortável, a entrevista poderá interrompida. Se identificarmos que você tem algum indicativo de sintomas depressivos, você poderá ser encaminhado para o atendimento de Saúde Mental da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos, onde a pesquisadora trabalha.

Se o(a) Senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, poderá, pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, se achar necessário, deverá contatar os pesquisadores do estudo nos endereços abaixo. Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP pelo telefone: (16) 3315.3386, horário de funcionamento em dias úteis (das 9h às 18h). O CEP trata-se de um grupo de pessoas com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para proteção dos seus direitos.

Declaro que foram cumpridas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.

Muito obrigada pela atenção,

Claudia Aline Valente Santos

Endereço: Rodovia Washington Luis,
KM 235, Departamento de Terapia
Ocupacional UFSCar. São Carlos -SP
Telefone (16) 3351-8749 e/ou (16)
98234-8004.
E-mail: claudiavalente@ufscar.br

Luciana Kusumota

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900,
Ribeirão Preto-SP
Telefone: (16) 33153416
E-mail: kusumota@eerp.usp.br

Eu fui informado e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste termo de consentimento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Nome do Paciente: _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Comunidade

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) senhor (a) está sendo convidado como voluntário(a), para participar da pesquisa “Felicidade e Atividades Prazerosas de Idosos: um estudo comparativo”, desenvolvida sob a responsabilidade da pesquisadora Claudia Aline Valente Santos, terapeuta ocupacional, aluna de pós graduação e da professora orientadora Luciana Kusumota, ambas vinculadas à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Nosso objetivo com este estudo é conhecer mais sobre o nível de Felicidade de idosos que fazem tratamento dialítico e comparar com idosos que não fazem tratamento dialítico, bem como, buscar verificar se existe alguma relação com a participação em atividades prazerosas, o modo como usam seu tempo e como percebe que está seu estado de saúde. Isto pode contribuir para que sejam criados e prestados cuidados de modo mais integral para quem realiza diálise e está envelhecendo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem como finalidade proteger os participantes da pesquisa.

Em horário agendado com(a) senhor(a), em sua residência, você será entrevistado através dos questionários 1) de características pessoais, de saúde; 2) de um exame para ver seu estado mental; 3) de avaliação do seu estado emocional; 4) de satisfação com sua vida; 5) de avaliação de afetos positivos e negativos; 6) de atividades que são prazerosas para as pessoas e sua satisfação com estas; 7) de um relógio para marcar quantas horas gasta fazendo algumas atividades definidas. A entrevista será feita em um único dia, com duração de cerca de uma hora e meia.

Além das informações que o(a) Senhor(a) fornecer na entrevista é preciso que o Senhor(a) autorize que seu prontuário clínico (pasta de documento que contém informações sobre sua saúde na Unidade Básica de Saúde Redenção) seja consultado.

O(A) senhor(a) não terá custo ou despesa alguma, assim como não terá pagamento financeiro pela sua participação nesse estudo. Terá direito à indenização conforme leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa por parte das pesquisadoras e das Instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

O(A) Senhor(a), se desejar participar, deverá rubricar todas as páginas e assinar na última folha, sendo que uma via assinada deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora.

Para sua privacidade, a entrevista será realizada por pesquisadora treinada e o(a) Senhor(a) não terá o nome escrito em nenhuma folha dos questionários de coleta de dados. Asseguramos que o(a) Senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa. Entretanto, solicito sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, em eventos ou publicações científicas, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho. A sua participação nesta pesquisa não implicará em alterações referentes ao seu recebimento de benefícios ou aposentadorias.

Se depois de consentir sua participação o(a) Senhor (a) desistir de participar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Por se tratar de um assunto que aborda afetos e sentimentos, realização de atividades e como você organiza seu dia a dia, existe uma chance de você sentir desconforto relacionado a precisar falar sobre sua vida. Para minimizar esse risco, a pesquisadora foi treinada para conduzir as entrevistas da maneira mais adequada. Como benefício, essa pesquisa poderá fazer você refletir sobre seu dia a dia e as atividades que poderiam lhe trazer mais felicidade. Outro benefício futuro, é que este estudo pode ajudar ampliar o conhecimento dos profissionais que cuidam dos idosos que fazem ou não tratamento dialítico, fornecendo uma melhor assistência a estas pessoas, visualizando o lado mais positivo e ativo da vida.

Se você se sentir muito desconfortável, a entrevista poderá ser interrompida. Se identificarmos que você tem algum indicativo de sintomas depressivos, você poderá ser encaminhado para o atendimento de Saúde Mental da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos, onde a pesquisadora trabalha.

Se o(a) Senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, poderá, pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, se achar necessário, deverá contatar os pesquisadores do estudo nos endereços abaixo. Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP pelo telefone: (16) 3315.3386, horário de funcionamento em dias úteis (das 9h às 18h). O CEP trata-se de um grupo de pessoas com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para proteção dos seus direitos.

Declaro que foram cumpridas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.

Muito obrigada pela atenção,

Claudia Aline Valente Santos

Endereço: Rodovia Washington
Luis, KM 235, Departamento de
Terapia Ocupacional UFSCar. São
Carlos -SP

Telefone (16) 3351-8749 e/ou (16)
98234-8004.

E-mail: claudiavalente@ufscar.br

Luciana Kusumota

Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto-USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900,
Ribeirão Preto-SP

Telefone: (16) 33153416

E-mail: kusumota@eerp.usp.br

Eu fui informado e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste termo de consentimento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Nome do Paciente: _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Apêndice C - Questionário Sociodemográfico e Clínico

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

(KUSUMOTA, 2005; VALENTE-SANTOS, 2015)

Data entrevista: ____/____/____ Data nascimento: ____/____/____

- 1) Sexo: 1- Masculino 2- Feminino
- 2) Idade (anos completos): _____
- 3) Local de Residência: 1- Urbano 2- Rural
Cidade: _____ Estado: _____
- 4) Mora sempre no mesmo endereço ou existe outro lugar para residir?
1- Só neste local 2- mais de 1 local
- 5) Qual o seu estado conjugal?
1 - Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
2 - Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
3 - Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)
4 - Viúvo(a)
- 6) Há quanto tempo está no estado atual? _____
- 7) Quantos filhos vivos tem _____

Perfil Social

- 8) Escolaridade: 1 - Analfabeto 2 - sabe ler/escrever
Anos de estudo _____
- 9) Qual(is) dessa(s) renda(s) o senhor(a) tem?
a) aposentadoria d) trabalho próprio
b) pensão e) doações
c) aluguel f) outras _____
- 10) Qual sua renda? _____
- 11) Principal atividade profissional exercida atualmente _____
- 12) Principal atividade profissional exercida anteriormente _____
- 13) Idade que se aposentou? _____
- 14) No seu entender, de acordo com sua situação econômica atual, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas: 1 - muito boa 2 - boa 3 - regular 4 - ruim 5 - péssima 6 - não sabe
- 15) A casa onde mora é: 1 - própria/quitada 2 - própria/paga prestação 3 - paga aluguel
4 - cedida/sem aluguel 5 - asilo 6 - casa de repouso 7 - outro
- 16) Com quem o(a) senhor(a) mora? 1 - sozinho(a) 2 - esposo(a) 3 - família 4 - acompanhante particular
5 - casa de outra pessoa 6- asilado
- 17) Há crianças que moram com o(a) senhor(a) mora? 0 - Não 1 - Sim

Dados relacionados à DRC e tratamento -> Se grupo da Comunidade não aplicar questões 18 a 24

- 18) Desde quando você tem o diagnóstico de DRC? _____ anos e _____ meses
- 19) Você teve acompanhamento médico, relacionado à DRC, antes de iniciar diálise?
0 - não 1 - sim () NSA
- 20) Você já realizou outro tratamento da Doença Renal? 0 - não 1 - sim () NSA
Qual? _____

21) Há quanto tempo realiza o tratamento atual (Conservador, HD ou DP (anos/meses)?

22) Você escolheu o tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal?

0 - não, quem indicou? _____ 1 - sim () NSA

23) Você tem ou teve alguma(s) dessas complicações associadas à DRC:

(a) câimbras	(g) infecções repetitivas	(m) constipação intestinal
(b) hipotensão arterial	(h) infertilidade	(n) arritmia cardíaca
(c) hipertensão arterial	(i) anemia	(o) peritonite peritoneal
(d) dor de cabeça	(j) coceira	(p) infecção de túnel do cateter
(e) fraqueza	(k) perda de peso	(q) problemas de drenagem do cateter peritoneal
(f) dor	(l) ganho de peso	

24) Qual foi a causa da Insuficiência Renal? (SIC e Diagnóstico Médico):

(a) glomerulonefrite crônica	(g) doença cardiovascular
(b) nefrite túbulo-intersticial	(h) IRA
(c) rins policísticos	(i) hipertensão arterial
(d) Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	(j) nefrite lúpica
(e) Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	(k) indeterminado (não especificado)
(f) pielonefrite crônica	(l) outro

25) Você possui outras doenças?

(a) insuficiência cardíaca	(k) neoplasia benigna
(b) infarto do miocárdio	(l) catarata
(c) doença cerebrovascular	(m) osteopatias
(d) pericardite	(n) hepatopatia () HbsAg+; () anti HCV+
(e) varizes	(o) hipertensão arterial
(f) neoplasia maligna	(p) Diabetes <i>mellitus</i>
(g) doença autoimune	(q) déficit auditivo
(h) déficit visual	(r) desnutrição
	(s) outras _____

26) Já fez transplante renal? 0 - não 1 - sim Doador: () vivo () falecido

27) Em geral, você diria que sua saúde é: 1- Excelente 2-Muito boa 3-Boa 4- Razoável 5-Ruim

28) Você recebe ajuda para realizar atividades do dia-a-dia? (banho, vestimenta, alimentação...)

(0) não (1) sim, de quem _____

29) Alguém acompanha seu tratamento?

(0) não (1) sim, de quem _____

30) Teve acompanhamento terapêutico ocupacional em algum momento do tratamento ?

(0) não (1) sim

31) Teve acompanhamento psicológico em algum momento do tratamento?

(0) não (1) sim

Apêndice D - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Relógio de Atividades

(EMMEL et al., 2002; ZAIDEN, 2014; VALENTE-SANTOS, 2015)

Cada cor representa uma atividade.

1 - Sono	7 - Atividades de Socialização
2 - Trabalho	8 - Atividades com a Família
3 - Estudo	9 - Atividades só pra mim
4 - Atividades de Vida Diária (AVD e AIVD)	10 - Internet (WhatsApp, Facebook etc.)
5 - Lazer	11 - Outros _____
6 - Hemodiálise	

Tempo Dedicado às Atividades – Dias da Semana - **Sem Diálise** (Segunda à Sexta-feira)

Tempo Dedicado às Atividades – Dias da Semana - **Com Diálise** (Segunda à Sexta-feira)

Tempo Dedicado às Atividades – Finais de Semana - **Sem Diálise** (Domingo)

Apêndice E - Análise Fatorial Confirmatória Escala de Depressão em Geriatria abreviada – GDS-15

Apêndice F - Análise Fatorial Confirmatória Escala de Satisfação com a Vida - ESV

Modelo ESV
X²/g.l. = ,074;
CFI = 1,000;
GFI = 1,000;
RMSEA < 0,001

Apêndice G - Análise Fatorial Confirmatória Escala de Afetos Positivos e Negativos – EAPN

Modelo EAPN

$\chi^2/\text{g.l.} = 1,807;$

CFI = ,935;

GFI = ,914;

RMSEA = ,080

Apêndice H - Análise Fatorial Confirmatória Fator Atividades de Socialização COPPES-BR

Apêndice I - Análise Fatorial Confirmatória Fator Atividades Relaxantes COPPES-BR

Apêndice J - Análise Fatorial Confirmatória Fator Atividades Contemplativas COPPES-BR

Modelo Fator Atividades

Contemplativas

$\chi^2/g.l. = 0,510;$

CFI = 1,000;

GFI = ,992;

RMSEA < ,001

Apêndice K - Análise Fatorial Confirmatória Fator Atividades de Competência COPPES-BR

Modelo Fator Atividades de Competência

$\chi^2/g.l. = 1,348;$

CFI = ,963;

GFI = ,960;

RMSEA = ,053

Apêndice L - Análise Fatorial Confirmatória Fator Atividades Práticas COPPES-BR

Modelo Fator Atividades

Práticas

$\chi^2/\text{g.l.} = ,888;$

CFI = 1,000;

GFI = ,982;

RMSEA < ,001

ANEXOS**Anexo A - Ofício de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 074/2016, de 10.03.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 207ª Reunião Ordinária, realizada em 09 de março de 2016.

Protocolo CAAE: 51242415.0.0000.5393

Projeto: Felicidade e Atividades Prazerosas em Idosos em Tratamento Dialítico

Pesquisadores: Claudia Aline Valente Santos

Luciana Kusumota (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Luciana Kusumota

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo B - Parecer de aprovação à Emenda ao projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Felicidade e Atividades Prazerosas em Idosos: um estudo comparativo

Pesquisador: Claudia Aline Valente Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51242415.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.656.032

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de emenda.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar as possíveis associações entre o nível de Felicidade, as atividades prazerosas realizadas, o estado de saúde percebido e o uso do tempo por pacientes idosos em tratamento por hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características sociodemográficas e clínicas desses pacientes idosos;
2. Avaliar e comparar a Felicidade, interpretada como a Satisfação com a Vida e os Afetos Positivos e Negativos entre os idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
3. Avaliar e comparar a realização de atividades prazerosas por pacientes idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
4. Avaliar e comparar o uso do tempo por pacientes idosos em hemodiálise em dias com e sem realização do tratamento;

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.656.032

5. Avaliar e comparar o uso do tempo por pacientes em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
6. Avaliar e comparar estado cognitivo, estado de saúde e sintomas depressivos em pacientes idosos em hemodiálise e aqueles que residem na comunidade e não realizam hemodiálise;
7. Verificar as possíveis associações entre as variáveis: satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, realização de atividades prazerosas, estado de saúde, sintomas depressivos, tempo e tipo de tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As alterações realizadas no projeto são coerentes e foram claramente expressas em todos os documentos enviados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Houve a inclusão de novos participantes no estudo (idosos na comunidade), inclusão de novo local para obtenção de informações para coleta de dados, alterações no título e objetivos. Foi incluído novo TCLE em forma de convite, apresenta linguagem acessível, justificativa, objetivo e os procedimentos, riscos e benefícios, garantia de sigilo, voluntariedade de participação na pesquisa, local para assinatura do participante e pesquisador responsável e garantia de via assinada ao participante, consta endereço, função e telefone do CEP/EERP-USP e responsabilidade referente a indenização em caso de danos.

Apresenta nova autorização para coleta de dados assinada pela diretora do Departamento de Gestão do cuidado ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, folha de rosto devidamente assinada pela diretora da EERP com previsão de inclusão de 100 sujeitos e ofício de emenda ao CEP.

Recomendações:

Alterar telefone (3315 9197) e horário de funcionamento do CEP/EERP-USP (8-17horas)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado Ad Referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.656.032

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_733853_E1.pdf	10/06/2016 16:34:28		Aceito
Outros	oficio_emendacep.pdf	10/06/2016 16:32:39	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Outros	autorizacao_secretaria.pdf	09/06/2016 13:58:20	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_junho16.pdf	09/06/2016 13:56:33	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_comunidade.pdf	09/06/2016 13:56:01	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_emenda.pdf	09/06/2016 13:54:44	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite.pdf	11/02/2016 12:20:15	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/02/2016 12:19:35	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Versao2_projeto.pdf	11/02/2016 12:19:17	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao2_TCLE.pdf	11/02/2016 12:18:24	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Outros	oficio_pendencias.pdf	11/02/2016 12:18:06	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Brochura Pesquisa	protocolo.pdf	23/11/2015 13:06:26	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	23/11/2015 13:03:16	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Outros	orcamento.pdf	20/11/2015 16:13:44	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	relogio_uso_zaiden.pdf	20/11/2015 16:12:22	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	relogio_uso_malu.pdf	20/11/2015 16:12:12	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pedido_uso_relogio.pdf	20/11/2015 16:11:54	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oppes_uso.pdf	20/11/2015 16:11:36	Claudia Aline Valente Santos	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 1.656.032

Declaração de Pesquisadores	meem_uso.pdf	20/11/2015 16:11:11	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	gds15_uso.pdf	20/11/2015 16:10:51	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	esv_eapn_uso.pdf	20/11/2015 16:10:02	Claudia Aline Valente Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	nefrologia_carta.pdf	20/11/2015 16:09:43	Claudia Aline Valente Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 01 de Agosto de 2016

**Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo C - Mini Exame do Estado Mental – MEEM

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (BERTOLUCCI et al., 1994)

Orientação

1) Dia da Semana (1 ponto)	()
2) Dia do Mês (1 ponto)	()
3) Mês (1 ponto)	()
4) Ano (1 ponto)	()
5) Hora aproximada (1 ponto)	()
6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto)	()
7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)	()
8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)	()
9) Cidade (1 ponto)	()
10) Estado (1 ponto)	()

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras.
Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	()
2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	()
3) Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”
(3 pontos)	()
4) Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)	()

5) Escrever uma frase (1 ponto) ()

6) Copiar um desenho (1 ponto) ()

Escore: (/ 30)

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO

Anexo D - Escala de Depressão em Geriatria – versão abreviada GDS-15

Escala de Depressão em Geriatria – Versão Reduzida

(ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

Pergunta	Sim	Não
1 - Você está basicamente satisfeito com sua vida?	()	()
2 - Você deixou muito de seus interesses e atividades?	()	()
3 - Você sente que sua vida está vazia?	()	()
4 - Você se aborrece com frequência?	()	()
5 - Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	()	()
6 - Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	()	()
7 - Você se sente feliz a maior parte do tempo?	()	()
8 - Você sente que sua situação não tem saída?	()	()
9 - Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	()	()
10 - Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	()	()
11 - Você acha maravilhoso estar vivo?	()	()
12 - Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	()	()
13 - Você se sente cheio de energia?	()	()
14 - Você acha que sua situação é sem esperanças?	()	()
15 - Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	()	()

Anexo E - Escala de Satisfação com a Vida**ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA****(ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010)**

INSTRUÇÕES. Agora, você encontrará quatro afirmações com as quais pode ou não concordar.

Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 10, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Discordo Totalmente

Concordo Totalmente

- 01.____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
- 02.____ As condições da minha vida são excelentes.
- 03.____ Estou satisfeito(a) com minha vida.
- 04.____ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.

Anexo F - Escala de Afetos Positivos e Negativos

ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS

(ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010)

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará uma lista com dez estados emocionais. Para cada um deles, pedimos-lhe que indique o quanto você o tem experimentado ultimamente.

Faça isso escrevendo um número no espaço ao lado de cada emoção / adjetivo, segundo a escala de resposta abaixo, de acordo com a sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Nada

Extremamente

01. _____ Feliz
02. _____ Deprimido
03. _____ Satisfeito
04. _____ Frustrado
05. _____ Raivoso
06. _____ Divertido
07. _____ Preocupado
08. _____ Otimista
09. _____ Infeliz
10. _____ Alegre